



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Maria Beatriz Veloso Esteves Araújo Correia

(Re)Educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária: um estudo com puérperas sobre os efeitos da preparação pelo método psicoprofilático



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Maria Beatriz Veloso Esteves Araújo Correia

(Re)Educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária: um estudo com puérperas sobre os efeitos da preparação pelo método psicoprofilático

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação
Área de Especialização em Educação para a Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Maria Teresa Machado Vilaça

Outubro de 2011

Declaração

Nome: Maria Beatriz Veloso Esteves Araújo Correia

Endereço electrónico: beata1@sapo.pt

Telemóvel: 934106062

Número de Bilhete de Identidade: 9509143

Título da Dissertação: (Re)Educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária: um estudo com puérperas sobre os efeitos da preparação pelo método psicoprofilático

Orientadora: Doutora Maria Teresa Machado Vilaça

Ano de conclusão: 2011

Designação do Mestrado: Mestrado em Ciência da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 25 Outubro de 2011

(Maria Beatriz Veloso Esteves Araújo Correia)

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi para mim um desejo cumprido. Gostaria de manifestar o meu agradecimento a todas as pessoas que fizeram parte deste percurso acadêmico.

Os meus agradecimentos vão para todas as puérperas que participaram neste estudo pela disponibilidade e colaboração.

À Doutora Teresa Vilaça o meu mais sincero agradecimento por toda a confiança que sempre demonstrou depositar em mim, o que foi determinante para conseguir a realização do meu trabalho.

Às minhas amigas e colegas por toda a ajuda e cooperação que me deram.

Às especialistas que validaram o instrumento aplicado nesta investigação, pelas suas sugestões e pelo incentivo que deram para a sua aplicação.

A meu marido Carlos e aos meus filhos Sara e Miguel pela paciência que tiveram em suportar as minhas ausências.

(Re) Educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária: um estudo com puérperas sobre os efeitos da preparação pelo método psicoprofilático

RESUMO

De acordo com a legislação portuguesa, a preparação para a maternidade/parentalidade é um direito de todas as grávidas. O método psicoprofilático pretende que as grávidas vivenciem o trabalho de parto e parto com recurso ao controlo da situação e do seu corpo, através do descondicionamento dos reflexos negativos (dor) e do condicionando dos reflexos positivos. Pretende-se que a mulher adquira estes conhecimentos e os utilize, da forma mais natural possível, e sem recurso a outros métodos (ex. analgesia). Com esta preparação, a mulher aumenta o limiar de sensibilidade à dor, recorrendo ao relaxamento e à respiração controlada durante a contracção uterina e o momento do parto. Assim, esta investigação visou: caracterizar a percepção das puérperas sobre o trabalho de parto e parto, os seus factores facilitadores e constrangimentos; averiguar a percepção das puérperas sobre os contributos do método psicoprofilático para o trabalho de parto e parto; averiguar os conhecimentos que as puérperas adquiriram nas aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático; caracterizar a opinião das puérperas sobre as aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático.

Este estudo, de natureza qualitativa, utilizou como técnica de recolha de dados, a entrevista semiestruturada, envolvendo puérperas, primíparas (n=8), que frequentaram aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático. A análise de conteúdo do total das entrevistas mostrou que a maior parte das entrevistadas considerou que no trabalho de parto e parto: aplicou as técnicas aprendidas durante o treino do método psicoprofilático; a dor foi o principal factor constrangedor; as técnicas de respiração e relaxamento, ajudaram a mulher a controlar a dor; a ansiedade, o medo e a incerteza do momento também geraram um misto de preocupação e descontrolo que dificultaram o uso das técnicas de respiração e relaxamento; todas concordaram que os principais factores facilitadores foram o uso das técnicas de respiração e relaxamento; o melhor conhecimento do seu corpo e a presença de profissionais com experiência e especialistas em saúde materna e obstetrícia. As entrevistadas também reconheceram a utilidade da preparação para o parto pelo método psicoprofilático e revelaram bons conhecimentos sobre o terminus da gravidez, descrevendo os sinais de início de trabalho de parto, e a aprendizagem dos diversos tipos de respiração, como sendo fundamentais para conseguir dominar o corpo e aplicar o que aprenderam nas aulas sobre o período expulsivo. Para terminar, todas afirmaram que gostaram das aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, avaliaram muito positivamente as competências pessoais e profissionais dos educadores nas aulas e afirmaram que recomendavam essas aulas a outras grávidas. As conclusões decorrentes desta investigação, vêm reforçar a importância da preparação para parto e parto pelo método psicoprofilático.

(Re) Educating for health care during labour and childbirth as a temporary condition: a study with puerperal women regarding the effects of preparation for childbirth applying the psychoprophylactic method

ABSTRACT

According to the Portuguese legislation, the preparation for motherhood / parenthood is a right for all pregnant women. The psychoprophylactic method is aimed at pregnant women experiencing labour and delivery applying control methods of the situation affecting their body, through the deconditioning of the negative effects (pain) and the conditioning of positive reflexes.

It is intended that the pregnant woman acquires this knowledge and uses it in the most natural way possible, and without recourse to other methods (e.g. analgesia). With this preparation, a woman in labour increases her threshold of sensitivity to pain, using relaxation and controlled breathing techniques during uterine contraction and childbirth. Thus, this research aims: to characterize the perception of puerperal women in labour and delivery and their facilitating factors and constraints; to investigate the perception of mothers regarding the contributions of the psychoprophylactic method for labour and delivery; to assess the knowledge acquired by puerperal women in preparation classes for delivery using the psychoprophylactic method; to characterize the opinion of puerperal women regarding preparation classes for childbirth using the psychoprophylactic method.

The technique for data collection used in this qualitative study was the semi-structured interview which involved puerperal women, primiparous (n = 8), who attended preparation classes for childbirth using the psychoprophylactic method. The content analysis of all the interviews showed that most respondents considered that during labour and delivery: they applied the techniques learned during the training of the psychoprophylactic method; that pain was the main constraining factor; breathing and relaxation techniques helped to control pain; their anxiety, fear and uncertainty of the moment also generated a mixture of concern and lack of control which caused difficulty in the application of breathing and relaxation techniques; all agreed that the main facilitating factors were the use of breathing and relaxation techniques, a better understanding of their body and the importance of the presence of experienced professionals and specialists in obstetrics and maternal health.

The interviewees also recognized the usefulness of the preparation for childbirth using the psychoprophylactic method and showed a good knowledge of the termination of the pregnancy stage, being able to describe the signs of early labour, and that their learning regarding the different types of breathing was fundamental in the control of their bodies and that they were able to apply what they had learned in class in the second stage. Finally, all respondents said they liked the childbirth preparation classes which applied the psychoprophylactic method; they evaluated the personal and professional skills of teachers in the class positively and said they would recommend these classes to other pregnant women. Therefore, the conclusions of this research reinforce the importance of preparation for labour and childbirth with the psychoprophylactic method.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vii
LISTA DE QUADROS E TABELAS	xi
CÁPÍTULO I - INTRODUÇÃO	
1.1. Introdução	1
1.2. Contextualização geral da investigação	1
1.2.1. Percepções sobre o parto e necessidades de educação para a saúde na preparação para o parto	1
1.2.2. Competência do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica e educação para a saúde na preparação para o parto em contexto hospitalar	9
1.3. Problema e objetivos da investigação	22
1.4. Importância do estudo	23
1.5. Limitações da investigação	24
1.6. Plano geral da dissertação	25
CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA	
2.1. Introdução	27
2.2. Maternidade e gravidez	27
2.2.1. Evolução dos conceitos de maternidade, concepção e gravidez	27
2.2.2. Desenvolvimento da gravidez e educação para a saúde	33
2.2.3. Consultas de vigilância pré-natal, trabalho de parto e parto	38
2.3. Parto hospitalar e uso do método psicoprofilático	46
2.3.1. Preparação para o parto, stress, sinais de trabalho de parto e percepção da dor	46
2.3.2. Comportamento respiratório e muscular em trabalho de parto e parto	49
2.3.3. Preparação para o parto pelo método psicoprofilático	51

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

3.1. Introdução	57
3.2. Descrição do estudo	57
3.3. Seleção e caracterização da população e amostra	59
3.4. Seleção da técnica de investigação	61
3.5. Elaboração e validação do instrumento de investigação	62
3.6. Método de recolha de dados	63
3.7. Tratamento e análise de dados	64

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Introdução	65
4.2. Perceção das puérperas sobre o trabalho de parto e parto	65
4.3. Perceção das puérperas sobre os contributos do método psicoprofilático no trabalho de parto e parto	77
4.4. Conhecimentos e opinião das puérperas sobre o método psicoprofilático	82

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

5.1. Introdução	93
5.2. Conclusões da investigação	93
5.3. Implicações dos resultados da investigação	98
5.4. Sugestões para futuras investigações	100

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
----------------------------	-----

APÊNDICES

1. Protocolo da entrevista	113
2. Pedido de Autorização à Unidade Local de Saúde	117
3. Declaração de Consentimento Informado	121

ANEXOS

Parecer da Comissão de Ética	125
------------------------------	-----

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADROS

1. Os três paradigmas: os modelos de medicina tecnocrática, humanístico e holístico	15
2. Paradigma de educação para a saúde democrático	16
3. Esquema de vigilância pré-natal	40
4. Caracterização da amostra	60
5. Estrutura do protocolo da entrevista	62

TABELAS

1. Perceção das puérperas relativo à entrada no trabalho de parto	66
2. Perceção das puérperas e estratégias utilizadas na entrada no trabalho de parto	68
3. Perceção das puérperas sobre o momento do parto	69
4. Perceção das puérperas sobre o nascimento do bebé	72
5. Desempenho dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto	73
6. Apoio proporcionado pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto	73
7. Factores facilitadores e constrangedores do trabalho de parto e parto	75
8. Utilidade do método psicoprofilático no trabalho de parto e parto	77
9. Conhecimento que utilizou no trabalho de parto e parto	79
10. Dúvidas que sentiu ao aplicar o que tinha aprendido para o trabalho de parto e parto	81
11. Conhecimentos que as puérpera recordaram ter adquirido nas aulas de preparação para o parto	83
12. Opinião sobre o formador nas aulas de preparação para o parto	84
13. Opinião sobre o local e horário das aulas de preparação para o parto	85
14. Opinião sobre as aulas de preparação para o parto	86
15. Técnicas que aprendeu nas aulas de preparação para o parto que considerou úteis	88

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1. Introdução

Este capítulo está dividido em seis subcapítulos. A seguir à introdução (1.1), segue-se a contextualização geral da investigação (1.2), onde são abordadas as perceções sobre o parto e as necessidades de educação para a saúde na preparação para o parto (1.2.1) e as competências do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica e a educação para a saúde na preparação para o parto em contexto hospitalar (1.2.2). Depois, será apresentado o problema e os objetivos previamente delineados para a investigação (1.3), faz-se uma abordagem sobre a importância e pertinência deste estudo (1.4), alertando para as suas limitações (1.5) e terminando com o plano geral de dissertação (1.6).

1.2. Contextualização geral da investigação

1.2.1. Perceções sobre o parto e necessidades em educação para a saúde na preparação para o parto

O número cada vez maior de mulheres que entram em trabalho de parto e parto sem conhecimentos, faz com que os profissionais de saúde se debrucem sobre o assunto e desenvolvam trabalho de campo junto das grávidas na vigilância pré-natal, pois como afirma Burroughs (1995) “ (...) o cuidado pré-natal é a melhor “apólice de seguro” em que a mulher pode investir durante a sua gestação” (p. 86).

De acordo com várias investigações (Bento, 1991; Couto, 2006), o risco da mulher não compreender o tipo de linguagem utilizada pelos profissionais de saúde e o seu descontrolo

emocional, por medo e ansiedade, leva à deficiente colaboração e participação das grávidas, enredando o trabalho de parto e parto, o que origina, por vezes, um parto mais demorado e instrumentado, com todos os riscos inerentes.

Quando uma grávida parte para um trabalho de parto normal (eutócico), é porque reúne todas as condições naturais para que o processo se desenvolva (Bobak, Lowdermilk & Jansen, 1999). A necessidade das aulas de preparação para o parto em sessões de aprendizagem e treino ao longo do segundo e terceiro trimestre da gravidez, faz com que estas grávidas adotem comportamentos de segurança e confiança em todo o desenrolar do trabalho de parto e parto, verbalizando saberes adquiridos e conhecimentos confortantes, aplicando-os no momento certo, tanto para elas como para a equipa do bloco de partos, obedecendo a comandos de ordem, que são para cumprir. Além disso, aumentar o conhecimento da mulher sobre o seu corpo é muito importante pois, como refere Vieira (1996), muitas mulheres chegam ao terminus da sua gravidez desconhecendo o corpo.

O resultado de um parto bem sucedido traduz-se em ganhos em saúde para a mãe e para o bebé e num sucesso para a equipa que acompanha o trabalho de parto (Bobak et al., 1999).

Ao longo dos séculos, a sobrevivência da espécie Humana passa pela reprodução. Para Kitzinger (1996), o nascimento que antigamente era um mistério que só a Deus pertencia, com a evolução da Ciência e da Tecnologia esse mistério foi perdendo cada vez mais esse poder, embora ainda se atribua a cada criança que nasce uma dádiva de Deus. A própria Ciência não encontra resposta para tudo; mesmo assim, o conceito de gravidez e parto evoluiu através dos tempos tornando-o cada vez mais tecnológico, mais instrumentado e menos natural (Kitzinger, 1996).

Alguns movimentos naturalistas defendem que o parto deve ser em casa, regredindo assim no tempo o que, se por um lado é positivo, por outro lado pode ser negativo pois os pais atribuem êxito ao nascimento e não aceitam perder um filho por falta de assistência diferenciada caso esta seja necessária (Cechin, 2002). Esta ambiguidade de querer ou não um parto natural, passa por questões culturais e muitas vezes por orientação dos profissionais de saúde que acompanham a gravidez das mulheres grávidas (Davim & Bezerra, 2002).

A vigilância pré-natal, quer em Portugal quer no resto do mundo, passa por uma política global de dar resposta aos indicadores de saúde, aumentando a natalidade, diminuindo a mortalidade infantil e diminuindo a morbilidade (Direção Geral de Saúde, 1993). Estes

indicadores levam a uma maior consciencialização dos profissionais de saúde e da comunidade em si, ou seja, todos somos responsáveis por este processo que visa aumentar o número crianças e proporcionar-lhes um desenvolvimento saudável.

Garantir a preparação para o parto às mulheres grávidas, é contribuir com um nível de conhecimento e aprendizagem para o trabalho de parto e parto pelo qual todas vão ter que passar para levar a sua gravidez até ao fim. Este conhecimento que, de forma repetitiva, ao longo de semanas, leva estas mulheres a dominarem e conhecerem o seu corpo, recorre a uma linguagem específica que a grávida utilizará no momento do parto fazendo assim parte de uma equipa onde elas têm o papel principal (Pereira, 2005). Estão em curso vários programas de preparação para o parto em vários sectores da saúde, tanto privados com públicos, aceites no mundo científico, que reconhecem a importância da preparação para o parto como um plano de sessões de aulas de aprendizagem educacionais no âmbito da educação para a saúde para a mulher grávida, que visa capacitar estas mulheres para a maternidade/parentalidade (Couto, 2006). O objetivo desta preparação é que a grávida adopte comportamentos correctos na altura do parto e que tenha uma participação ativa em todo este processo (Couto, 2003, 2006; Pereira, 2005).

Educar a mulher com uma linguagem específica, proporcionar uma aprendizagem de acordo com as circunstâncias, treinar exercícios físicos de respiração e relaxamento e conduzi-la até ao momento de parto, como se o parto fosse em parte já treinado enquanto frequentou as aulas de preparação para o parto, implica um grande empenho tanto por parte desta, como do profissional de saúde (Rochetta, 1992).

O trabalho de parto e o parto decorrem em parte de acordo com o que as sociedades culturalmente enraizaram para esse acontecimento, uma vez que há ideias aceites sobre a forma como o trabalho de parto deve decorrer: enquanto em algumas sociedades o parto é considerado um drama, noutras é encarado como um processo natural. Tal como refere Kitzinger (1996), enquanto na antiguidade e nas sociedades primitivas o trabalho de parto colocava a mulher no centro de todo o fenómeno que se estava a desencadear, nas sociedades modernas ocidentais o parto envolve cada vez mais tecnologia sofisticada e despersonalizada.

De acordo com Kitzinger (1996), o nascimento de uma criança é o momento da concretização das expectativas, crenças e valores, dúvidas e medos da mulher/família e o modo como ela coordena todas estas relações e emoções. Na opinião de Kitzinger (1996), a mulher é surpreendida desde os primeiros sintomas associados à gravidez por anseios e medos,

associando o nascimento a uma dor intensa “como nenhuma outra”. O sentir das contrações uterinas provocam-lhe inquietude, aflição, confusão e receio, tornando-se indispensável e imprescindível a intervenção do profissional que procura acalmar e relaxar a mulher, quando esta opta por um parto acompanhado por um técnico especializado em Saúde Materna e Obstetria, ou então, a companhia de alguém da sua confiança com o intuito de a acompanhar, garantindo assim, apoio e presença no momento de trabalho de parto e parto, não se colocando no lugar dela, mas estando com ela.

Ainda segundo Kitzinger (1996), a grávida terá de vivenciar e adaptar-se a uma variedade de sinais e sintomas que vão ocorrer ao longo da gestação, tanto na sua forma física, como também na parte psicológica, não sendo possível separar o físico do psíquico. Na sua opinião, deverá encarar e ajustar-se às expectativas relativas aos novos papéis que se criam com a maternidade e que implicam uma imprevisível reorganização na rede de relações, tanto familiares como sociais, e levar a bom termo as tarefas que dependem de muitos factores relativos ao seu papel em relação ao companheiro, à criança, à família e a todo o processo confinante, social e cultural.

Atendendo ao descrito por muitas mulheres de que “a maternidade constitui um dos momentos mais importantes da sua sexualidade”, seria de prever que este momento de crescimento individual deveria ser recordado como um acontecimento afortunado e não de sofrimento atroz, o que acontece na maioria das vezes.

Para Macfarlane (1992), a dor e desconforto durante o trabalho de parto são factores geradores de ansiedade e medo para a grávida, embora hoje em dia já não exista necessidade de enfrentar o parto com dor, visto existirem recursos que ajudam a combater o desconforto sentido no trabalho de parto.

Além do controlo farmacológico da dor através de analgesia por epidural e anestesia, existe também o controlo não farmacológico do desconforto, como os métodos de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, com as técnicas de respiração e relaxamento, que ajudam a mulher a controlar a dor durante o trabalho de parto e parto, participando ativamente no nascimento do seu filho. A dor acontece devido a vários factores anatomofisiológicos relativos ao parto e a reminiscências histórico-culturais, tal como refere Macfarlane (1992):

(...) há que ter em conta o estado do cérebro quando recebe a mensagem, e este é afectado pelas suas expectativas culturais acerca da dor, a sua experiência prévia no que diz respeito à ansiedade, medo, fadiga e probabilidades das consequências da dor (p.51).

Macfarlane (1992), refere ainda que as experiências anteriores negativas e a falta de conhecimentos relativos ao mecanismo de trabalho de parto e falta de apoio durante o parto, facilmente condicionam o limiar da dor, dando lugar ao medo e criando-se desta forma um ciclo vicioso dificilmente quebrado.

Nesta linha de pensamento, é muito importante o papel do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, de modo a prevenir que a mulher vivencie a gravidez sem qualquer conhecimento do seu corpo, do mecanismo do trabalho de parto e parto, (re) educando-a para todo o processo gravídico, que é temporário e que termina com o nascimento do seu filho, dando-lhe o apoio, informação e conhecimento necessários para que esta não seja assombrada por desconfiança, insegurança e ansiedade no momento do parto, fruto do medo do desconhecido e sentimentos de solidão, de forma a aumentar a sua autoconfiança e o seu sentido de autocontrolo. Por vezes, o que determina e influencia a percepção da mulher sobre o parto, rotulando-o de 'bom' ou 'mau', não é tanto a dor sentida, mas sim o facto de conseguir ou não suportar a dor de acordo com as suas expectativas (Couto, 2003).

Kitzinger (1996), reforça que para além do trabalho de parto e parto propriamente dito, o internamento hospitalar, a separação da família, o permanecer num meio ambiente estranho e a exposição do seu corpo são causas suficientes para causar insegurança e medo. A aprendizagem sobre o processo de trabalho de parto e parto é realizada inúmeras vezes de forma incorrecta e empírica, passa de mães para filhas e é influenciada por histórias relatadas por outras mulheres, com partos complicados e experiências anteriores negativas, através sobretudo da tradição oral (Couto, 2003). Para Kitzinger (1996), em consequência da actual forma de encarar o parto, a sua forma “medicalizada” tem vindo a fazer surgir a preocupação de estruturar cursos de preparação para o parto, de forma a tentar colmatar o desconhecimento sentido pelas grávidas, tanto no processo de trabalho de parto, como nos cuidados que lhes serão prestados e ensinar-lhes comportamentos considerados desejáveis no parto que se avizinha.

A educação para a saúde passa pela intervenção dos enfermeiros especialistas na preparação da mulher/casal para o trabalho de parto e parto, transmitindo-lhes os conhecimentos necessários e corretos, ajudando-os a participar no processo normal do trabalho de parto, fomentando o autocontrolo e participação ativa no nascimento do filho, reduzindo assim o medo do “sofrimento” que os amedronta. O método psicoprofilático de preparação para o parto, ministrado já em alguns hospitais, centros de saúde e clínicas particulares, procura

minimizar na mulher o aspecto dramático do parto, criando situações psíquicas de serenidade e autocontrole através do método de preparação para o parto “Psicoprofilaxia: Prevenção mental da dor” (Burroughs, 1995).

Visão histórica em relação às percepções sobre o trabalho de parto e parto

Entender o trabalho de parto e parto, faz com que haja uma consciencialização sobre o conhecimento adquirido durante a preparação para o parto e que a ignorância sobre o desconhecido não crie insegurança às grávidas, devendo o próprio local do parto ser escolhido por elas.

Barbaut (1990), refere que desde a antiguidade, a gravidez e o parto encerram em si uma carga de mitologia e estereótipos por vezes difíceis de afastar. Segundo Barbaut (1990), por um lado, pode apontar-se como exemplo Eva, que, ao cair em pecado, foi castigada com as dores do parto e, por outro lado, Santo Agostinho que defendeu que o ser humano nasce entre fezes e urina e que a gravidez na mulher surge como um dever. Nesta medida, o parto é representado como sofrimento, medo e angustia, um combate entre a vida e a morte, muitas vezes susceptível à atividade de entidades divinas do bem e do mal. Nesta perspectiva, cabe pois às populações invocarem a proteção divina e adopção de determinados comportamentos considerados protetores. Na verdade, segundo Barbaut (1990), em todas as regiões do mundo existem deuses ou divindades protetores que velam pelas parturientes e permitem um parto feliz e sem dor. Uma das Santas mais solicitadas é Santa Margarida, que depois de raptada, torturada e decapitada, foi declarada a santa protetora das grávidas. Outras pessoas recorrem a objectos diversos que, revestidos de significância mítica, são utilizados durante o parto como elementos protetores. Barbaut (1990), refere ainda que se por acaso se verificasse o infortúnio da morte da mulher, em muitas comunidades, esta era considerada uma guerreira, merecedora das mesmas honras de um soldado morto em combate e, no Islão, à mulher que morre durante o parto, está reservado um lugar no Paraíso. Pelo contrário, segundo Barbaut (1990), existem populações e tribos em que o momento do parto é desmistificado, sendo considerado natural a mulher sair para trabalhar, parir o seu filho e regressar com ele nos braços sem sobressaltos.

Barbaut (1990), ainda descreve que historicamente a gravidez e o parto surgem como algo de índole feminina, pelo que desde a antiguidade, as mulheres, no momento do parto

encontram-se rodeadas de mulheres, às quais compete uma função específica, nomeadamente a de parteira. O homem é excluído e mesmo o médico apenas é solicitado em caso de extrema necessidade. A profissão de parteira assume-se como essencial no seio de uma comunidade e se a população em questão pratica a religião católica, esta mulher terá de partilhar das mesmas ideologias para que, no caso de necessidade, poder assegurar o baptismo do recém-nascido. Segundo Barbaut (1990), surge o temor da parteira feiticeira que apenas quer consagrar a criança a Lúcifer, roubando os nascituros, cozinhando-os e preparando unguentos com eles. De qualquer forma, de acordo com este autor, o homem não poderia participar, porque todas as mulheres que se entregassem a um parteiro perdiam cinco virtudes (pudor, pureza, fidelidade, bom exemplo e espírito de sacrifício) e até ao final do século XVIII era considerado um ato desprezível, desonesto e indecente, ao ponto de muitas mulheres preferirem a morte a serem ajudadas por um homem. Contudo, ao longo dos anos esta imagem foi sendo dissipada e surge o homem parteiro, normalmente médico.

Barbaut (1990), refere ainda que, desde sempre, as populações adotaram técnicas que facilitassem a expulsão do feto, sendo opinião consensual desde tempos remotos, que a adopção de meios mecânicos, ao permitirem a deslocação do feto, aceleram a expulsão e facilitam o parto. Andar de um lado para o outro, correr, saltar e espirrar podem facilitar a expulsão. Por outro lado, os choques, sustos e emoções fortes também surgem descritas como adjuvantes ao trabalho de parto. Os índios Comanches levavam as parturientes para um campo aberto, galopavam na sua direcção e depois travavam. O medo sentido acelerava o processo. Nesta medida, há médicos que defendem que apenas por pegarem em fórceps, pinças e outro material e fazê-los tilintar em cima da mesa, facilita a expulsão sem ter de os utilizar. Várias técnicas foram adotadas, desde abanar a grávida energicamente, trepar para cima da barriga e das costas e introduzir os punhos no orifício vaginal para induzir a dilatação, entre outros.

De acordo com Barbaut (1990), sendo a apresentação cefálica a única considerada como natural, inúmeras vezes parteiras e parteiros se viram a mãos com apresentações difíceis, tendo desenvolvido técnicas para ultrapassar tais dificuldades. No entanto, quando a criança nasce numa posição contra natura, não deixa de ser considerado como símbolo de mau presságio, existindo mesmo tribos que, por tal facto e por recearem o infortúnio da comunidade, matam e enterram tais crianças. Se o parto se torna moroso, significa o mau entendimento do casal e, por vezes, é mesmo interpretado como adultério por parte da mulher. Perante as apresentações anormais, médicos e parteiras, quando não abandonavam a grávida, viam-se

muitas vezes obrigados a empregar técnicas bárbaras e sangrentas. Foram aplicadas técnicas diversas desde a sinfisiotomia (descrita por Galeno), embriotomia ou excisão do feto, em que se limitavam a cortar o que quer que aparecesse, visando apenas esvaziar o útero. Esta técnica pode ser utilizada num feto vivo para salvar a mãe ou somente para remoção de um feto morto.

Segundo Barbaut (1990), uma das técnicas também já descritas desde a antiguidade remete-nos para a cesariana, já amplamente empregue para remoção de fetos mortos, para que nunca se enterrasse uma mulher com o feto morto, ou então utilizada na esperança de remover um feto ainda vivo após o falecimento da grávida. As escrituras antigas referem que Júlio César tinha sido removido por cesariana advindo daí a raiz do seu nome.

Muito mais recentemente, o estudo de Conde, Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2008), explorou a continuidade e as mudanças na percepção das experiências de parto ao longo dos primeiros seis meses pós-parto de 68 mulheres Portuguesas, tendo em atenção os diferentes tipos de parto. Estes investigadores verificaram que ao longo do tempo houve continuidade na percepção global das mães sobre a experiência de parto, uso e utilidade das técnicas de relaxamento, suporte social, condições de saúde, cuidados proporcionados e outros acontecimentos pós-parto. Apesar disso, as mães desenvolveram uma percepção mais positiva da sua experiência marcada pelas poucas preocupações sobre a saúde e bem-estar da criança, bem como com a sua própria saúde e bem-estar e por uma diminuição da percepção da dor que sentiram. O tipo de parto teve impacto, quer nas percepções das mães sobre a experiência de parto, quer na mudança das memórias ao longo do tempo.

Osis, Pádua Duarte, Souza e Faúndes (2001), analisaram a opinião de 56 mulheres brasileiras entrevistadas sobre o parto vaginal e de cesariana. A opinião de mulheres que só tiveram partos por cesariana foi comparada com a das mulheres que tiveram, pelo menos, um parto vaginal. Um número significativamente maior de mulheres que experienciaram, pelo menos um parto vaginal, considerou que esta era a melhor maneira de nascer um bebé. Neste mesmo estudo, cerca de metade das mulheres de cada um dos grupos, considerou que o parto vaginal era melhor, porque causava menos dor e sofrimento para a mulher. Um número significativamente maior de mulheres que experienciaram o parto vaginal, considerou que este não apresentava desvantagens e a maior parte das mulheres que apenas tiveram partos por cesariana, referiram que o facto de não terem tido contrações/ dor era uma vantagem deste método. Aparentemente, segundo estes investigadores, a dor e a percepção das mulheres sobre a dor foram as características que diferenciaram as mulheres com histórias de parto vaginal e de

cesariana. Todavia, foi expressa a opinião de que o parto vaginal é melhor que a cesariana, independentemente do reconhecimento que a dor poderia ser a sua maior desvantagem.

1.2.2. Competência do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica e educação para a saúde na preparação para o parto em contexto hospitalar

Segundo Meirinho (2000, cit. Couto, 2003), médico obstetra, o papel fundamental do enfermeiro especialista é acompanhar a mulher grávida durante a consulta e no momento do parto, e quebrar a ansiedade e os medos naturais da grávida, conseguindo-se isso através da empatia e da simpatia.

As Diretivas da Comunidade Económica Europeia regulam os aspectos ligados ao exercício da atividade profissional das parteiras (Art. 4.º da Diretiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro). No que diz respeito à preparação para o parto, esta constitui uma competência dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, como podemos ler no 4.º ponto da diretiva anteriormente referida: “estabelecer um programa de preparação dos futuros pais tendo em vista a sua nova função, assegurar a preparação completa para o parto e aconselhá-los em matéria de higiene e alimentação”. Neste contexto, a preparação para o parto constitui uma ligação que deve ser implementada entre o casal e o profissional de saúde, permitindo melhorar a colaboração destes no momento do parto, assim como a sua qualidade de vida e do seu filho, num ambiente de estreita colaboração com os diversos profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

A Confederação Internacional de Parteiras (International Confederation of Midwives, 2002), associação internacional de especialistas em saúde materna e obstétrica que representa 72 nações no mundo, estabeleceu seis competências essenciais dos enfermeiros especialistas nesta área com os respectivos conhecimentos, capacidades e comportamentos profissionais esperados. No que se refere à preparação para o parto, esta enquadra-se na competência número três, “as parteiras devem prestar cuidados pré-natais de alta qualidade para maximizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a detecção precoce e tratamento ou encaminhamento de complicações selecionadas”, sendo uma das capacidades definidas para esta competência providenciar orientação e preparação básica para o trabalho de parto e parto, bem como para a parentalidade.

Cabe, portanto, ao enfermeiro especialista nesta área, tomar como situação de referência as atividades que, no mínimo, tem habilitação para executar, assumindo o agir profissional com competência, de modo a espelhar a sua autonomia, assumir os seus atos para poder afirmar que age com saber crítico, com profissionalismo e com dignidade, como enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica. Tal como refere a declaração de Munique Nurses and Midwives: a Force for Health (WHO, 2000), os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica possuem os papéis chave e são cada vez mais importantes para os desempenhar junto da sociedade relativamente aos desafios da saúde comunitária dos nossos dias, tal como assegurar serviços de saúde de alta qualidade, acessíveis, eficientes e sensíveis, os quais devem assegurar a continuidade dos cuidados e dos direitos e necessidades dos indivíduos.

A história das parteiras remonta aos primórdios dos tempos, visto que a mulher sempre solicitou a ajuda de outras mulheres com experiência de vida, para conseguir levar a bom termo a gravidez. O ato repetitivo e a empatia pessoal para com o fenómeno da maternidade, terão conferido a estas mulheres destreza, habilidade e experiência, relativamente a aspectos relacionados com a fertilidade, gravidez, parto e sobrevivência da criança, que mereceu digno reconhecimento perante a sociedade (Kitzinger, 1996).

Segundo Kitzinger (1996), na sua longa caminhada histórica, a maternidade sempre foi absorvida por um aroma de essência feminino, em que a natureza do masculino encontrou muitas limitações, tendo as parteiras um percurso profissional grandioso, sendo em Portugal apelidadas de curiosas, aparadoras, aparideiras entre outros, em Inglaterra de “midwife”, ou seja, “com a mulher”, em Espanha de “comadrona” ou “ama de parir” e “matrona” e em França, “sage-femme”, ou seja, mulher sábia, sensata e ajuizada.

Os enfermeiros especialistas na área da Saúde Materna e Obstetrícia foram perdendo parte da sua autonomia e imagem pública de independência profissional mercê da sua tradição de subalternidade, deixando-se dominar pelo modelo biomédico associado ao crescente número de médicos especialistas nesta área e, sobretudo, desvalorizando as suas funções verdadeiramente autónomas (Benner, 2001).

Para Bernardou (1996, citado por Canário, 1997), “a aquisição ou a manutenção dos conhecimentos teóricos não é uma garantia da boa utilização desses conhecimentos, no quadro de uma finalidade de resolução de problemas e de modificação do real” (p. 131). Os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros emanaram as competências dos enfermeiros

aprovadas pelo Conselho de Enfermagem, que se constituem como linhas orientadoras das práticas dos cuidados de enfermagem, que todos os profissionais devem ter em linha de conta no sentido de desenvolver desempenhos de excelência, elevando a imagem da profissão como ciência e arte de bem cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A Confederação Internacional de Parteiras e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia aceite, em 1992, pela Organização Mundial de Saúde, definiu a profissão de parteira como detentora de qualificações específicas de acordo com um programa educacional próprio e reconhecido no seu país, percorrendo várias áreas de competências circunscritas à grávida, durante a gestação, parto e puerpério, e ao recém-nascido, que carecem de grande suporte de conhecimentos técnico-científico e relacionais e uma atuação aos níveis de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença (Sardo & Sousa, 1999).

Neste contexto, entende-se que uma competência é uma aptidão, legalmente definida, de um órgão ou cargo para a prática de determinados atos, ou ainda, como um complexo de poderes funcionais conferidos por lei a cada órgão ou cargo para o desempenho das atribuições da pessoa coletiva em que esteja inserido (Benner, 2001; Franco, 2000). Pressupõe-se que o enfermeiro especialista possua um conjunto de saberes, saber-fazer, saber-ser, saber-estar e saber-transformar, tradutores de um conjunto de características pessoais e profissionais que implicam conhecimentos, capacidades, atitudes e competências que determinam desempenhos na prática profissional, adquiridos ao longo do tempo, através da história pessoal e social do indivíduo, e complementados com a maturidade profissional (Collière, 1939). Franco (1998), acrescenta que “competência” é uma faculdade do indivíduo para resolver determinado assunto, pressupondo aptidão, capacidade e idoneidade, e “atividade” é a faculdade para desempenhar uma dada ação. Assim, é a capacidade, o poder e a sua idoneidade que devem ser reconhecidas e valorizadas do ponto de vista social, através da sua formalização em plano legal, que atribui força para o reconhecimento do conjunto de atividades levadas a cabo pelos enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia.

É fundamental que os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia sejam detentores de uma concepção clara e precisa do seu contributo social e profissional, assumindo a autonomia que lhes é devida. Deste modo, emerge o espírito de autonomia que, respeitando pontos de sobreposição das intervenções dos diversos profissionais, projeta na sociedade uma imagem positiva assente na mobilização de um conjunto de saberes, conducentes à melhoria da qualidade na prestação de cuidados, isto porque:

Manter em exercício as nossas competências não é apenas um direito nosso. Antes do mais é um dever para com a profissão, em estreito respeito pelos colegas e pelo grupo socioprofissional em que estamos inseridos; um dever para com as utentes, pelo conjunto de cuidados que podem usufruir e que deles necessitam; e um dever para com o país que colaborou na nossa formação, pela promoção de uma saúde materna e infantil com melhores indicadores de saúde, e uma qualidade de serviços prestados certamente muito mais enriquecida (Franco, 1998, p.37).

Benner (2001), refere que a experiência é um dos principais componentes do exercício do perito, reconhecendo que o que fazemos, o que lemos, o que os outros nos ensinam e com os nossos próprios erros, todos podemos passar de iniciados a peritos. O perito possui um papel importante na interpretação das situações clínicas, sendo que

os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem, (...) [no entanto], a perícia clínica não foi adequadamente descrita ou apresentada em enfermagem, e essa falha na descrição contribuiu para a falta de reconhecimento e de retribuição face à prática da enfermagem (Benner, 2001, pp. 33 e 40).

A prestação de cuidados à mulher/família durante o trabalho de parto coloca aos profissionais uma série de desafios exigindo capacidades e competências diversas que lhes permitam uma intervenção fundamentada e rigorosa numa perspectiva bio-psico-sócio-cultural.

Relativamente à intervenção do enfermeiro especialista no acompanhamento da mulher/família durante o trabalho de parto e parto, no artigo 4.º da diretiva n.º 80/155/CEE de 21 de Janeiro (que não foi devidamente assumido no conteúdo do Decreto-lei n.º 322/87 de 28 de Agosto), consta na sua de atividade, assistir a parturiente durante o trabalho de parto e parto vigiar o estado do feto in útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados:

- fazer o parto normal quando se trata de apresentação de cabeça incluindo, se for necessário, a episiotomia, e, em caso de urgência, fazer o parto tratando-se de apresentação pélvica;
- detectar na mãe ou no filho sinais reveladores de anomalias que exijam a intervenção de um médico e auxiliar este último em caso de intervenção;
- tomar as medidas de urgência que se imponham na ausência do médico, designadamente a extração manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual;

- examinar o recém-nascido e cuidar dele;
- tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata;
- cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e dar todos os conselhos úteis para tratar do recém-nascido nas melhores condições;
- praticar os cuidados prescritos pelo médico;
- fazer os relatórios escritos necessários.

Este conjunto de atividades pressupõe competências diversas que se interligam e cruzam com as competências de outros grupos profissionais e que se podem inserir no domínio da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional, sendo que como perito deve atuar, na sua área específica, com sabedoria e pertinência que lhe permitam a conjugação de todos os meios para a devida obtenção de ganhos em saúde.

É na assistência ao parto, em contexto hospitalar, que o enfermeiro especialista detém um âmbito de intervenção único com um leque de atividades que pressupõe competências de índole técnico-científico, sócio-relacional, crítico-reflexivo e ético-deontológico que lhe permitem o acompanhamento especializado da mulher/família, sendo que “o desenvolvimento do trabalho de parto é um momento excitante e gerador de ansiedade para a mulher e sua família (...) os cuidados de enfermagem centram-se no apoio à mulher e à família durante o processo de trabalho de parto, de forma a garantir os melhores resultados positivos para todos os envolvidos” (Bobak et al., 1999, p. 278). Nesta situação específica, é esperado que o enfermeiro especialista assuma a responsabilidade das suas intervenções, reconheça os limites do seu papel e competência, consulte outros peritos e estabeleça com a restante equipa de saúde uma relação que lhe permita conjugar esforços e intervir conjuntamente quando as necessidades da mulher/família em questão requerem um nível de perícia mais alargado.

Neste sentido, é fundamental que, tendo por base o código deontológico, a legislação existente e outras normas ou diretivas norteadoras da intervenção, os enfermeiros se envolvam de forma efetiva na tomada de decisão, dando ênfase ao seu papel na defesa dos direitos da mulher/família, respeitando o direito de acesso à informação que lhes permita a tomada de decisão e escolhas informadas relativamente ao trabalho de parto e cuidados inerentes, fomentando uma atitude interventiva e pró-ativa, logo mais gratificante relativamente ao processo de trabalho de parto. É também esperado que os profissionais de saúde atendam e respeitem o

direito das utentes à sua privacidade, confidencialidade e segurança da informação, adotando uma postura que lhes permita evitar eventuais situações delicadas ou conflituosas.

Nos países com melhores rendimentos económicos, a educação pré-natal tem vindo a ser oferecida há muito tempo à mulher grávida e, mais recentemente, também é proporcionada aos pais (Bergstrom, Kieler & Waldenstrom, 2009). Segundo Moreira (2009), o processo educativo conduzido com base nos interesses e no envolvimento dos indivíduos para quem comunicamos, ajuda a reunir as ideias principais e esquemas conceituais que devem ficar como compromisso de mudança de atitudes e comportamentos durante a gravidez. O êxito da educação para a saúde depende da programação dos processos de organização, planeamento e intervenção do processo educativo, uma vez que os ganhos em saúde são maiores quando os programas são contínuos e orientados para a ação no contexto específico em que os participantes vivem e onde se desenvolve uma grande parte dos problemas pessoais ou da comunidade (Jensen, 2000; Simovska & Jensen, 2003; Vilaça & Jensen, 2009).

De acordo com Bergstrom et al. (2009), nas sociedades ocidentais o conteúdo da educação pré-natal mudou o seu foco de ação ao longo do tempo e, na década 40, o seu foco foi o exercício físico como um meio de permanecer saudável apesar das mudanças físicas da gravidez. Posteriormente, segundo Bergstrom et al. (2009), Dick-Read focou essa educação nas dores do trabalho de parto e em como elas são afectadas pela tensão muscular desencadeada pelo medo, por isso, fornecer informação sobre o processo do trabalho de parto e fazer um treino prático sobre o relaxamento, reduziram o medo e a tensão muscular e, como consequência, a dor no trabalho de parto. Nesta altura, de acordo com Bergstrom et al. (2009), foi introduzida por Fernand Lamaze a psicoprofilaxia, já referida anteriormente.

De acordo com estudos revistos por Bergstrom *et al.* (2009), atualmente, com o desenvolvimento dos cuidados obstétricos, a informação sobre os métodos farmacológicos da dor acoplados a intervenções médicas constituem uma grande componente da educação pré-natal e os assuntos relacionados com a paternidade também têm um papel cada vez mais importante, parcialmente por causa do envolvimento cada vez maior dos pais expectantes. Nesta lógica, de acordo com os autores, as técnicas de ensino tradicionais têm sido substituídas por discussões de grupo onde os participantes podem colocar as suas próprias questões.

Davis-Floyd (2001), descreveu três paradigmas de cuidados em saúde que, no seu ponto de vista, têm influenciado muito a educação pré-natal (quadro 1).

Quadro 1. Os três paradigmas: os modelos de medicina tecnocrático, humanístico e holístico

Modelo Tecnocrático	Modelo humanístico (biopsicossocial)	Modelo holístico
1. Separação mente/ corpo	1. Relação mente-corpo	1. Unidade do corpo-mente-espírito
2. O corpo como máquina	2. O corpo como um organismo	2. O corpo como um sistema de energia interrelacionado com outros sistemas de energia
3. O doente como objecto	3. O paciente como sujeito relacional	3. Cura da pessoa como um todo num contexto de vida como um todo
4. Alienação do profissional de saúde do paciente	4. Conexão e carinho entre o profissional de saúde e o cliente	4. A unidade entre o profissional de saúde e o cliente é essencial
5. Diagnóstico e tratamento feitos de fora para dentro (curar as doenças reparando a disfunção)	5. Diagnóstico e cura feitos de fora para dentro e de dentro para fora	5. O diagnóstico e a cura são feitos de dentro para fora
6. Organização hierárquica e cuidados de saúde estandardizados	6. Equilíbrio entre as necessidades da instituição e do indivíduo	6. A estrutura organizativa da rede de trabalho facilita a individualização dos cuidados
7. Autoridade e responsabilidade inerente ao profissional de saúde não ao paciente	7. Informação, tomada de decisão e responsabilidade partilhada entre o doente e o profissional de saúde	7. Há autoridade e responsabilidade inerente em cada indivíduo
8. Supervalorização da ciência e da tecnologia	8. Ciência e tecnologia contrabalançadas com o humanismo	8. O lugar da ciência e da tecnologia está ao serviço de cada indivíduo
9. Intervenção agressiva com ênfase nos resultados a curto prazo	9. Foco na prevenção da doença	9. O objetivo a longo prazo é criar e manter a saúde e o bem estar
10. Morte como uma derrota	10. Morte como um resultado aceitável	10. A morte é um passo num processo
11. Sistema orientado para o lucro	11. Cuidados orientados pela compaixão	11. A cura é o foco
12. Intolerância para as outras modalidades	12. Abertura mental para outras modalidades	12. Abraça múltiplas modalidades de cura
13. Princípios básicos subjacentes: separação	13. Princípios básicos subjacentes: equilíbrio e ligação	13. Princípios básicos subjacentes: a ligação e a integração
14. Tipo de pensamento: unimodal, orientado pelo lado esquerdo do cérebro, linear	14. Tipo de pensamento: bimodal	14. Tipo de pensamento: fluido, multimodal, orientado pelo lado direito do cérebro

Fonte: Davis-Floyd (2001)

De acordo com Davis-Floyd (2001), os profissionais de saúde obstetras da atualidade têm a oportunidade única de unir os modelos de cada paradigma e criar um sistema mais eficaz de cuidados de saúde. Na sua opinião, a informação para isso está disponível nas práticas do trabalho de parto e parto em várias culturas e em vários trabalhos científicos que indicam o que é necessário saber sobre a fisiologia do nascimento e o tipo de cuidados que verdadeiramente apoiam a mulher que está a ter um filho.

A perspectiva evolutiva acima descrita está de acordo com a evolução manifestada nos congressos internacionais de promoção da saúde. Após a Carta Magna de Alma-Ata (OMS, 1978), e sobretudo depois da Conferência de Ottawa (OMS, 1986), a saúde começou a ser, cada vez mais, encarada não como a ausência de sintomas físicos ou psicológicos nem mesmo

como um “estado de bem-estar”, mas como um processo, uma direção, uma dinâmica, em que o cidadão é chamado a participar de modo ativo, na procura individual e na construção dinâmica desse bem-estar. De acordo com esta Carta, o conceito abrangente de saúde, envolve para além de aspectos biológicos, questões relacionadas com a percepção de competência e participação na vida social, com a sensação de pertença e apoio do grupo social, atribuindo às relações interpessoais um papel de importância reforçada, isto é, um complexo equilíbrio dinâmico entre múltiplos factores. Também é relevante a forma de entender nesta Carta o conceito da promoção da saúde e seus pressupostos, é o conceito de participação comunitária, que é entendido como uma das condições fundamentais para que as comunidades assumam o controlo sobre a sua saúde.

Nos processos de educação e saúde, há necessidade de se ter esta visão holística do homem, em que os aspectos psicológicos e sociais estão intrinsecamente vinculados aos aspectos biológicos, tal como é referido no paradigma holístico de Davis-Floyd (2001). Este paradigma holístico é defendido por Jensen (1997) na educação para a saúde e, mais especificamente, por Vilaça (2006, 2007) na educação para a saúde sexual e reprodutiva como o paradigma democrático de educação para a saúde (quadro 2).

Quadro 2. Paradigma de educação para a saúde democrática

<p><i>Conceito de saúde</i></p> <p>condições de vida e estilos de vida bem-estar e ausência de doença saúde como um conceito aberto</p> <p><i>Abordagem pedagógica</i></p> <p>objetivo: competência de ação democrático/ participativo serviços de saúde promotores de saúde</p> <p><i>Abordagem no contexto (setting approach)</i></p> <p>profissional de saúde aberto, democrático, ouvinte, cooperativo, etc. ambiente dos serviços de saúde (em mudança, estimulante, diálogo horizontal com o utente, etc.) serviços de saúde/ sociedade: os serviços de saúde e os utentes são vistos como agentes sociais na sociedade e como pessoas chave na sociedade</p> <p><i>Avaliação</i></p> <p>“medir” as competências dos utentes (pensamentos, visões, comprometimento, etc.).</p>
--

Fonte: Adaptado de Jensen, 1997

Segundo Vilaça (2006, 2007), de acordo com este paradigma o conceito de saúde é positivo, isto é, inclui a prevenção da doença mas também a promoção da saúde, e é amplo, pois além de trabalhar os estilos de vida que condicionam a saúde, também abarca as condições de vida que interagem com estes e funcionam, nesse sentido, como determinantes estruturais da saúde. A investigadora ainda acrescenta que por causa da dimensão do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde de 'bem-estar' este conceito é aberto, isto é, o profissional de saúde tem que compreender qual é o significado de bem-estar para cada utente e trabalhar a partir dele. Nesta perspectiva de educação para a saúde democrática é importante dar voz aos utentes; eles têm que compreender que o que pensam e sentem sobre os assuntos é levado a sério pelo profissional de saúde.

Segundo Vilaça (2008, 2009), esta abordagem pedagógica visa desenvolver a competência de ação dos participantes, isto é, criar condições para que os utentes sintam poder para identificar e refletir sobre os seus problemas de saúde, reunir conhecimento sobre as suas consequências e causas e agir sobre essas causas, individualmente, com a família ou a comunidade, para diminuir ou eliminar o problema. Jensen (1997), Simovska e Jensen (2003) e Vilaça (2006), têm avaliado na educação para a saúde as seguintes variáveis que operacionalizam o conceito de 'competência de ação':

- *Insight e conhecimento*: uma compreensão da saúde ampla, positiva, coerente e orientada para a ação;
- *Comprometimento*: motivação para se envolver na produção de mudanças relacionadas com a sua própria vida e com os processos dinâmicos da sociedade;
- *Visões*: habilidade para seguir os problemas de saúde e pensar criativamente;
- *Experiências de ação*: experiências reais de participação individual e colectiva na iniciação de mudanças de promoção da saúde dentro da rede democrática e considerando como é que as barreiras podem ser ultrapassadas.

Quando o que se pretende com a educação pré-natal é capacitar a grávida e o companheiro para a identificação e resolução dos problemas do dia-a-dia que surgem associados à evolução da gravidez, trabalho de parto e parto, esta abordagem pedagógica democrática e orientada para a ação torna-se a metodologia didática mais adequada para as aulas de preparação para o nascimento, pois capacitam a mulher e o casal para lidar com os problemas

quotidianos desta “condição temporária” da vida da mulher e do casal e promove o seu comprometimento com a resolução ativa desses problemas.

Na Suécia, 93% das mulheres nulíparas e 84% dos seus parceiros frequentaram turmas de educação pré-natal no ano 2000, a maior parte das quais foram organizadas dentro do sistema de saúde público com parteiras das clínicas dos cuidados pré-natais, que funcionavam como educadoras (Bergstrom, Kieler & Waldenstrom, 2009).

Em Portugal, segundo as orientações técnicas da Direção Geral de Saúde (1993), a consulta pré-natal tem como objetivos: avaliar o bem-estar da mãe e do feto através de avaliações clínicas; detectar precocemente factores de risco orientando cada situação corretamente; promover a educação para a saúde periodicamente e ao longo de toda a gravidez; promover o aconselhamento e o apoio psicossocial.

Os cursos de preparação para o parto são da responsabilidade dos centros de saúde que devem desenvolver ações de informação e esclarecimento entre outros, sobre a importância da preparação para o parto (Lei n.º. 4/84 de 5 de Abril, Proteção da Maternidade e da Paternidade), sendo o Estado o responsável por dotar os centros de saúde de meios humanos e técnicos necessários para uma assistência materno-infantil eficaz e incentivar ao recurso de métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde (artigo 7º). A grávida deve obter as consultas pré-natais fora das horas de funcionamento do seu serviço e se a consulta só for possível dentro do horário de trabalho, têm direito a dispensa do trabalho sem perda de direitos ou regalias para as consultas pré-natais e preparação para o parto, que é equiparada a consulta pré-natal, mas poderá ser exigido à trabalhadora um comprovativo dessa circunstância (Decreto-Lei n.º. 194/96 de 16 de Outubro).

O “Guia Clínico do Cuidado Pré-Natal das Grávidas” (Hughes, Anderson, Barry, Benton, Elliott *et al.*, 2008) refere que alguns estudos têm mostrado que para as mulheres e seus companheiros o conhecimento sobre a gravidez, o nascimento e parentalidade aumentam com a frequência às aulas pré-natais e que todas as mulheres têm uma visão positiva sobre as classes de preparação para o nascimento. Este Guia faz uma descrição sobre a abordagem que o profissional de saúde deverá seguir em diferentes fases sobre a informação que deverá ser dada à grávida, argumentando que a informação deverá: ser de fácil entendimento e acessível a todas as grávidas; ser dada em diferentes formas, tais como, através de apoio audiovisual, devendo sempre ser

acompanhado de informação escrita; ser atualizada e baseada em evidência científica, para que os pais possam tomar decisões informadas; e, aproximadamente às 10 semanas de gestação, é aconselhado à grávida fazer exercício. Em cada sessão, o profissional de saúde deve oferecer informação consistente, explicações claras e dar oportunidade às grávidas para discutirem e fazerem questões.

Segundo Moreira (2009), de acordo com os estudos revistos, o papel do educador para o nascimento é o de um negociador, facilitador e colaborador, que ajuda os pais no tipo de experiência de nascimento que eles desejam e trabalha com o sistema de cuidados de saúde para atingir esse objetivo. Os mesmos estudos defendem que os pais necessitam tomar decisões informadas e responsabilizar-se pelas opções relativas aos cuidados da saúde obstétrica, sendo para isso necessário que o educador para a saúde cumpra o seu papel enquanto facilitador do processo de aprendizagem.

A educação pré-natal apresenta custos consideráveis, mas tem sido pouco avaliada apesar de ter vindo a sofrer mudanças dramáticas sem se saber muito sobre os seus efeitos e os seus resultados mais relevantes (Bergstrom *et al.*, 2009).

Métodos de preparação para o parto

A preparação para o parto pelo método psicofilático, é conhecida como parto sem dor, parto preparado e controlado e, segundo Rezende (1991), este método constitui-se como um método de educação psíquica e física através de informações corretas e de uma linguagem própria sobre os comportamentos e transformações ocorridas durante o período de gravidez e parto. Estas informações visam reconduzir a gestante ao normal equilíbrio emocional com vista a disciplinar o seu comportamento, com manifestas vantagens sobre o momento do parto, permitindo à futura mãe criar um clima de tranquilidade e confiança, combater o medo e a angústia e manter o equilíbrio emocional e afectivo.

Atualmente, a maioria dos médicos aconselha ou promove aulas de preparação para o parto, dirigidas aos futuros pais. Nos Estados Unidos, os principais métodos ensinados são, segundo Bobak, Lowdermilk e Jansen (1999): o “método de Dick Read” ou “método do parto natural”; o “método de Lamaze” ou “método psicofilático (MPP)”; e o “método de Bradley” ou “método do parto assistido pelo marido”.

Karmel (2005), descreve que a preparação para o parto surgiu em 1933, quando um médico obstetra londrino, Dr. Dick-Read, expôs pela primeira vez num pequeno livro as suas ideias sobre a origem da dor no parto e sobre o 'parto natural'. Na sua opinião, sendo o parto um processo fisiológico, este não deveria causar dor e, se o parto no ser humano é doloroso, isso atribuía-se a influências psicológicas prejudiciais. De acordo com Beck, Geden e Brouder (1979), Dick-Read modificou a sua descrição sobre a génese da dor no trabalho de parto. Inicialmente, considerou a dor no trabalho de parto como surgindo das expectativas socialmente induzidas sobre o parto e defendeu que o parto não é um processo inerentemente doloroso. Posteriormente, de acordo com estes autores, considerou que a génese da dor é o medo ao parto que origina uma contração muscular que provoca resistência à saída do feto do útero, que, por sua vez, provoca dor.

Com base neste pressuposto, o método de preparação para o parto de Dick-Read educava as parturientes sobre o trabalho de parto e treinava-as para relaxar os músculos (Beck et al., 1979; Karmel, 2005). Dick-Read, também enfatizava a importância do educador não descrever as contrações como dolorosas e recomendava que o obstetra deveria adotar uma atitude carinhosa e de apoio e gastar o máximo tempo possível com a supervisão pessoal do trabalho de parto (Beck et al., 1979).

O método psicoprofilático, muitas vezes conhecido como método Lamaze, foi desenvolvido na Rússia e enfatiza o relaxamento como uma resposta condicionada às contrações do trabalho de parto, acopladas a uma variedade de técnicas de respiração padronizadas escolhidas para melhorar a oxigenação e interferir com a transmissão dos sinais da dor do útero para o cérebro (Waldendenstrom & Irestedt, 2006 cit. Bergstrom et al., 2009). De acordo com Kim, Nava-Ocampo, Kim et al. (2008), a dor severa durante o trabalho de parto que resulta das contrações uterinas, dilatação do cervix e de força exercida pelo feto através do canal de nascimento, podem resultar em respostas sistémicas na mãe, incluindo hiperventilação e alcalose respiratória, que aumenta o consumo de oxigénio, o output cardíaco a resistência sistémica e periférica e a circulação sanguínea.

O método psicoprofilático é utilizado para que o casal adquira os conhecimentos necessários, visando colaborar no processo normal do trabalho de parto, de modo a que a grávida retenha o autocontrole e ambos participem ativamente no nascimento do filho. O parto é um fenómeno complexo que envolve factores biológicos, sociais, psicológicos e assistenciais, sendo um processo psicossomático por excelência (Bergstrom et al., 2009; Karmel, 2005).

Segundo Karmel (2005), nos anos 60, o método de Lamaze ganhou popularidade nos Estados Unidos quando Marjorie Karmel lançou um livro “Thank you, Dr. Lamaze” sobre o método psicoprofilático. Segundo a autora, a American Society for Psicoprophyllaxis in Obstetrics (ASPO), fundada em 1960, e a National Association of Childbirth Education Inc. (NACE), fundada em 1970, tiveram como objetivo preparar pessoas que ensinassem e divulgassem o método Lamaze. Em 1971 fundou-se o National Council of Childbirth Education Specialists INC (NCCES), com a finalidade de promover seminários de preparação de professores.

Karmel (2005), explicou que o método psicoprofilático, baseado na neurofisiologia, divide-se essencialmente em duas partes: a parte psicológica e a parte profiláctica. Inicia-se por volta do sétimo mês de gestação, 2 a 3 vezes por semana, e é constituído por uma componente teórica (anatomia e fisiologia...) e outra prática (técnicas de respiração e relaxamento). A informação que trata a vertente psicológica do método, visa elucidar a gestante sobre o mecanismo complexo do sistema nervoso e a relação cérebro - útero no momento do parto. Na componente profiláctica, ministrasse noções relativas à anatomofisiologia dos órgãos genitais, diversos tipos de respiração e como dominar o seu corpo. O princípio da utilização do método é que, na altura do trabalho de parto a grávida seja capaz de adaptar as diferentes técnicas às suas sensações, o que pressupõe que ela não fique por uma aprendizagem “passiva” mas sim como um “sujeito ativo”, realmente envolvido nessa aprendizagem e “treine” com seriedade e assiduidade, de forma a adquirir um bom estado de descontração durante o trabalho de parto, o que levará a uma boa experiência do nascimento.

De acordo com Beck *et al.* (1979) e Karmel (2005), este método de Lamaze parte do trabalho de Pavlov sobre condicionamento, isto é, parte do pressuposto que a dor é uma resposta condicionada e, por essa razão, as mulheres também podem ser condicionadas para não sentir dor durante o trabalho de parto, respondendo com desprezo às contrações uterinas, recorrendo ao relaxamento muscular, padrões respiratórios apropriados e focalização de um objecto. Na perspectiva de Karmel (2005), este método constitui, de igual modo, uma óptima ajuda para o companheiro que acompanhará a parturiente durante o trabalho de parto que, assistindo, toma conhecimento do que se espera dele e de como poderá ajudá-la nesse momento, sendo que a maior parte destes cursos são compostos por duas aulas exclusivamente dedicadas ao pai, o que evidencia uma cada vez maior participação do pai no trabalho de parto e parto da sua companheira.

1.3. Problema e objetivos de investigação

A preparação para o parto pelo método psicoprofilático é assumida pelos profissionais de saúde como de extrema importância para as mulheres no decorrer da sua gravidez. O Ministério da Saúde, através da legislação em vigor, assume que a preparação para o parto deve fazer parte das consultas de vigilância pré-natal e a literatura é clara ao defender que a preparação para o parto (re)educa as mulheres para uma condição temporária que é o trabalho de parto e o parto.

As grávidas que frequentam as aulas de preparação para o parto, adquirem um conhecimento, linguagem e comportamento específicos que lhes permitem, durante o trabalho de parto e parto, integrar a equipa multidisciplinar de uma forma ativa e participativa e conhecedora de tudo aquilo que a rodeia. Por sua vez, os profissionais de saúde reconhecem na mulher conhecimentos que ajudam a desencadear um processo de trabalho de parto mais natural e equilibrado.

Assim, neste contexto, tendo em consideração que a investigadora aplica no seu local de trabalho o método psicoprofilático da educação pré-natal, esta investigação visa analisar os efeitos da preparação para o trabalho de parto e parto pelo método psicoprofilático, procurando perceber junto das mulheres a sua percepção sobre a importância da preparação pelo método psicoprofilático para o parto e de que forma estas são capazes de reconhecer e aplicar este domínio do conhecimento e da linguagem em todo o desenrolar do terminus da gravidez.

Neste sentido, os objetivos que esta investigação se propõe atingir são os seguintes:

1. caracterizar a percepção das puérperas sobre o trabalho de parto e parto, os seus factores facilitadores e constrangimentos;
2. averiguar a percepção das puérperas sobre os contributos do método psicoprofilático para o trabalho de parto e parto;
3. averiguar os conhecimentos que as puérperas adquiriram nas aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático;
4. caracterizar a opinião das puérperas sobre as aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático.

1.4. Importância do estudo

A preparação para o trabalho de parto e parto são temas de interesse público relevantes a níveis político, social e cultural. Ao nível político, social e de saúde pública é importante obter nascimentos saudáveis e melhorar os indicadores de saúde. Com o acesso à informação e aos cuidados de saúde, o acompanhamento das mulheres grávidas tem sido importante para o sucesso e consequente diminuição de mortalidade/morbilidade infantil, resultado da vigilância pré-natal. Este processo temporário, mas de muita importância é, sem dúvida, cada vez mais cientificamente estudado e conhecido, não deixando, no entanto, de ser surpreendente e imprevisível. O momento do parto, como resultado final de um processo simples, ou não, da gravidez, sendo esta considerada respectivamente normal ou de risco, é uma vivência única com impacto positivo ou negativo para os pais e para os profissionais nela envolvidos. Segundo, Kitzinger (1996), “é lamentável que existam ainda tantas mulheres que «embarquem» na aventura da maternidade, ignorando a sua tarefa no trabalho de parto (...)” (p. 11).

Atualmente, a nível mundial, são muitos os esforços que se têm desenvolvido no sentido de devolver a humanização no processo de nascimento. A OMS (1996 cit. por Martins *et al.*, 2006) elaborou um Guia de Assistência ao Parto Normal, o qual serviu de referência ao Ministério de Saúde de diversos países, onde constam recomendações com vista a humanizar o atendimento durante o trabalho de parto e parto. Segundo Martins *et al.* (2006), humanizar significa respeitar a individualidade, por isso, humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe, a cada pai, isto é, a cada família envolvida no nascimento, não podendo a técnica de parto tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas. Cada mulher/família tem o direito de exercer o papel central em todos os aspectos que envolvem os seus cuidados. Neste sentido, todos os profissionais de saúde envolvidos neste processo, como é o caso da investigadora, sentem um dever acrescido de avaliar a eficiência deste processo educativo no sentido de o otimizar no futuro.

As práticas utilizadas com vista à humanização do parto e que têm vindo a ser encorajadas, oferecem à mulher a oportunidade de tomar decisões e ser responsável pela escolha dos cuidados que lhe serão prestados. Estas práticas recomendam e encorajam ainda a inclusão do acompanhante, com respeito à escolha da mulher e o encorajamento do pai (Lei nº 14/85 de 6 de Julho).

Historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria em ambiente domiciliar, onde a parturiente era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira de sua confiança e apoiada pelos membros da sua família (Tomeleri *et al.*, 2007). Atualmente, com o acesso à informação e aos cuidados de Saúde, a condição de gravidez e o acompanhamento das mulheres grávidas tem sido importante para o sucesso e consequente diminuição de mortalidade/morbilidade infantil. De acordo com o Decreto - Lei nº 142/99 de 31 de Agosto, a preparação para o parto constitui um direito adquirido das mulheres grávidas do Sistema Nacional de Saúde (artigo 7º, alínea d). Este Decreto-Lei diz que compete ao Estado incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde.

Assim, a vontade pessoal da investigadora de desenvolver competências nesta área da educação para a saúde e na (re)educação da saúde no trabalho de parto e parto com a preparação para o parto pelo método psicoprofilático advém de todo um percurso profissional e conhecimento adquirido. Por essa razão, esta investigação será também uma mais valia para o desenvolvimento pessoal e profissional da investigadora.

Para terminar, à pertinência social e de saúde pública de obter nascimentos saudáveis, acresce a responsabilidade na vigilância pré - natal. Esta responsabilidade é por si só o objetivo mais importante que perseguirá esta investigação, pois avaliar a eficiência com que esse acompanhamento é feito e quais os seus contributos para a optimização do trabalho de parto e parto são, por si só, desafios profissionais para os profissionais de saúde que trabalham nesta área.

1.5. Limitações da investigação

Este estudo, quer pelo tipo de instrumento de investigação selecionado, quer pelo tempo disponível para a sua realização, apresenta limitações que impõem algumas precauções na interpretação dos dados obtidos.

Este estudo é limitado pelo facto dos seus resultados não se poderem generalizar (Gall, Borg & Gall, 2003), pois a população a partir da qual a amostra foi desenhada foi constituída por puérperas que tinham frequentado as aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, no mínimo de 10 sessões, em que ocorreu um parto eutócico, com historial de

gravidez dentro dos parâmetros normais de desenvolvimento, primíparas e adultas jovens com idades compreendidas entre os 18 a 35 anos de idade. Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, apenas 8 puérperas puderam fazer parte da amostra. Este tipo de amostra facilitou a realização da investigação, já que de acordo com os objetivos delineados, a generalização dos resultados estará limitada às características dos sujeitos, no entanto, “isto não significa que os resultados não sejam úteis; significa simplesmente que é necessário precaução na generalização” (McMillan & Schumacher, 1997, p.169).

O facto destas puérperas terem sido entrevistadas nas primeiras horas após o parto, por um lado, foi positivo, devido ao estado recente do acontecimento, mas, por outro lado, as mesmas apresentavam pouca disponibilidade física e mental. Esta limitação, todavia, não foi tida como impeditiva para a realização da entrevista, já que os seus depoimentos eram imprescindíveis para este estudo. A condição temporária que é o estado gestacional/puerpério é único, mesmo que a mulher venha a ter outras gravidezes. Embora não se possa generalizar, os resultados desta investigação são considerados testemunhos únicos e muito úteis na sua idiossincrasia.

1.6. Plano geral da dissertação

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo (Introdução) faz uma contextualização geral da investigação (1.2), descreve o problema e objetivos da investigação (1.3), a importância do estudo (1.4), as limitações da investigação (1.5) e, por fim, o plano geral da dissertação (1.6).

O segundo capítulo (Revisão de literatura) destina-se à apresentação de uma síntese da literatura selecionada acerca do tema em estudo. Depois da introdução (2.1), segue-se um subcapítulo sobre a maternidade e gravidez, onde é referida a evolução dos conceitos de maternidade, concepção e gravidez (2.2.1); o desenvolvimento da gravidez e a educação para a saúde (2.2.2); e as consultas de vigilância pré-natal, trabalho de parto e parto (2.2.3). Em seguida, é feita uma revisão teórica sobre o parto hospitalar e o uso do método psicoprofilático (2.3), onde se aborda a preparação para o parto, stress, sinais de trabalho de parto e percepção da dor (2.3.1) e o comportamento respiratório e muscular em trabalho de parto e parto (2.3.2).

O terceiro capítulo (Metodologia), dividido em sete subcapítulos, inicia-se com uma introdução (3.1), de seguida faz-se uma descrição do estudo, onde se refere o desenho de investigação para esta problemática em concreto (3.2), procede-se à seleção e caracterização da amostra (3.3), segue-se a justificação da técnica de investigação (3.4), a elaboração e validação do instrumento de recolha de dados, de acordo com os objetivos delineados (3.5), descreve-se o método de recolha de dados escolhido (3.6) e termina-se com o tratamento e análise de dados (3.7).

No quarto capítulo (Apresentação e discussão de resultados), depois de uma breve introdução (4.1), faz-se a apresentação e discussão dos resultados sobre a percepção das puérperas acerca do trabalho de parto e parto, os seus factores facilitadores e constrangimentos (4.2). No segundo subcapítulo, apresenta-se a discute-se a percepção das puérperas sobre os contributos do método psicoprofilático para o trabalho de parto e parto (4.3). No terceiro, e último subcapítulo, caracterizam-se os conhecimentos que as puérperas adquiriram nas aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático e a sua opinião sobre as aulas de preparação para o parto sobre o método psicoprofilático (4.4).

O quinto capítulo (Conclusões, implicações e sugestões), visa descrever as conclusões da investigação, decorrentes da análise dos resultados obtidos em função dos objetivos inicialmente descritos (5.2) e discutem-se as implicações decorrentes desta investigação (5.3). Por último, com base dos resultados obtidos nesta investigação e nas limitações do estudo, apresentam-se algumas sugestões para futuras investigações (5.4).

CAPITULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Introdução

Este capítulo, destina-se à revisão da literatura utilizada na investigação. Depois desta introdução (2.1), faz-se uma análise sobre a maternidade e gravidez (2.2), equacionando-se a maternidade ao longo dos tempos e abordando-se temas relativos à concepção, à gravidez e seu desenvolvimento (2.2.1), às alterações fisiológicas da gravidez e a educação para a saúde na prevenção ou alívio da lombalgia na gravidez (2.2.2) e as consultas de vigilância pré – natal, trabalho de parto e parto (2.2.3). Posteriormente, faz-se uma revisão do parto hospitalar e uso do método psicoprofilático (2.3), analisando o stress, os sinais de trabalho de parto e a percepção da dor no trabalho de parto (2.3.1), o comportamento respiratório e muscular em trabalho de parto e parto e a preparação para o parto pelo método psicoprofilático (2.3.2).

2.2. Maternidade e gravidez

2.2.1. Evolução dos conceitos de maternidade, concepção e gravidez

Ter um filho é vivenciado de uma forma diferente por cada mulher. Ser mãe pode ser uma experiência dolorosa, perigosa, aliciante, satisfatória e muito importante enquanto objetivo pessoal, familiar e social; “o estilo da maternidade é uma expressão da cultura e engloba um sistema de valores relacionados com o que é a mulher e, também com o que é o filho; as atitudes para com ela variam de acordo com as classes sociais” (Kitzinger, 1978, p. 44).

Kitzinger (1978), considera o parto humano um ato social e cultural, onde um contexto de costumes tem lugar num conjunto de processos fisiológicos espontâneos, que evoluem com o tempo.

Até ao Império Romano, a mulher era “propriedade do homem”, sendo considerada como uma posse do seu marido, um apêndice “fazedor” de filhos que o homem possuía; a maternidade era, portanto, desvalorizada em termos sociais, era algo específico da mulher (Kitzinger, 1978).

Os séculos XVII e XVIII foram um período durante o qual a mulher tentou afirmar-se como tal. Nessa altura, a mulher não valorizava a sua capacidade de ser mãe, que no entanto, era a sua função principal e chegava mesmo a rejeitar a maternidade, pois as tarefas maternas não eram objecto de atenção nem valorização por parte da sociedade (Badinter, 1984).

Nos finais do século XVIII, o novo conceito de casamento assenta na liberdade de escolha, lugar privilegiado de felicidade, de alegria e de ternura, em que a procriação se tornou uma das alegrias do matrimónio. Quando os casais optavam por ficar juntos livremente, o amor que experimentavam um pelo outro concretizava-se naturalmente na sua descendência (Badinter, 1984).

A transformação de mentalidades no século XX proporcionou dois tipos de consequências: permitiu às mulheres viver a sua maternidade com alegria e orgulho, bem como descobrir a sua realização numa atividade honrada e reconhecida pela sociedade; a maternidade triunfante permitiu às mulheres exteriorizarem os seus sentimentos e sentirem-se insubstituíveis e mais respeitáveis que as suas ancestrais (Couto, 2006).

A visão antropológica tem em consideração os hábitos de vida, as crenças e valores do homem, como um todo inserido no seu meio, não se podendo ignorar todo o referencial cultural e informações que este possui, construídas na sua forma de apreender o mundo à sua volta. A gravidez como estado ritual, é também considerada entre vários povos um perigo tanto para a grávida, como para o bebé que está no seu ventre, para o pai da criança e para a sociedade em geral. Pensa-se que a gestante está em risco porque se encontra num estado intermediário ou marginal “...ainda não é mãe e já não é virgem ou simplesmente noiva. Deixou um estatuto, mas ainda não foi aceite noutro” (Kitzinger, 1996, p.76), constituindo uma ameaça para os outros. O bebé é encarado como um perigo ritual, pois ainda não tem lugar na sociedade e, de igual modo, constitui uma ameaça para a sociedade. O pai do bebé, “...corre um risco especial na caça, ou se participar numa batalha” (Kitzinger, 1996, p. 77).

Vários são os rituais praticados durante a gravidez que variam de sociedade para sociedade. Kitzinger (1996), faz referência aos rituais existentes em Samatra entre a mãe da gestante e o futuro pai, com a finalidade de declarar a gravidez e estabelecer uma ligação mais forte entre as duas famílias, e entre a mãe da mulher grávida e a mãe do pai da criança. Assim, “as cerimónias da gravidez têm uma importante função de integração no sistema social. Mas elas são mais do que isso: ligam o presente ao passado e o humano ao divino.” (Kitzinger, 1996, p.76).

Snow (cit. por Helman, 1994), desenvolveu estudos em mulheres mexicanas em torno das crenças leigas sobre a fisiologia e os riscos da gravidez, verificando que estas acreditavam que dormir/descansar demasiado pudesse prejudicar o feto, podendo “agarrá-lo ao útero”, dificultando ou até impossibilitando o parto. Julgavam de igual modo, que emoções negativas na mãe, tais como, medo, raiva, ódio, ciúme, tristeza e pena, poderiam ser perigosas para o feto durante a gestação, ou se a grávida visse algo que a assustasse, o bebé poderia nascer parecido com esse animal ou objecto. Entre os Bisayon filipinos, “uma mulher grávida não deve comer moela de frango por se temer que o útero não “emigre” o que impediria o parto normal. Não deve comer açúcar, bolas de arroz, carnes de vaca ou de porco, para o feto não engordar demasiadamente. Também não deve comer bananas duplas para que não nasçam gémeos” (Cordeiro, 1994, p.54).

Nunes (1997), no seu estudo sobre a antropologia médica descreve alguns factos relativos à gravidez e parto em contexto rural, por exemplo, “as mulheres grávidas não tinham de observar qualquer tabu alimentar, antes se acreditando que se uma mulher grávida não comesse um alimento que tivesse “desejo” podia abortar por esse facto, ou a criança nascer morta ou ougada” (p. 106).

Segundo Kitzinger (1996), o papel mais importante da mulher tem sido o de disseminadora da cultura através da maternidade. Ela é o primeiro e mais importante canal através do qual a cultura é comunicada ao bebé. Põe o filho em contacto com o mundo, ensina-lhe as diferenças básicas entre os papéis sexuais e, muitas vezes, faz isto de uma forma perfeitamente inconsciente.

Kitzinger (1996), cita um estudo de Lopata, feito em Chicago, revelando que as mulheres menos cultas eram as que não tinham problemas em criar os filhos, enquanto que as mulheres que possuíam uma formação secundária mas que não continuaram os estudos, confessavam-se impotentes para tornar os filhos obedientes e felizes. Estas mães estavam

orientadas para o assunto e aquilo que desejavam era crianças asseadas, sossegadas e bem comportadas. Por outro lado, as mulheres que andaram na universidade, são mais orientadas para a relação, preocupam-se com o facto de serem ou não boas mães, sentem responsabilidades emocionais e de cuidado e ficam ansiosas perante a hipótese de não realizarem o papel de mãe em todas as suas potencialidades. Segundo este estudo, podemos concluir que o facto de as mulheres possuírem um maior grau de formação académica, não é sinónimo de melhor educação dos filhos.

O processo de maternidade, engloba um sistema de valores relacionados com o que é a mulher e com o que é o filho e as atitudes em torno da maternidade variam de acordo com as classes sociais, culturas e sociedades.

Segundo Van Gennep (1978), as cerimónias da gravidez representam em geral uma totalidade, de tal forma que os ritos de separação são os primeiros a ser realizados, para excluir a grávida da sociedade. O rito da gravidez é um período de margem. O rito do parto tem como finalidade reintegrar a mulher na sociedade e designar para ela um papel novo, que é o de ser mãe, principalmente se for o primeiro filho e este for rapaz. Van Gennep (1978), remetendo à obra de Ploss-Bartels, diz que a gravidez é um período de margem por etapas, com meses mais ou menos importantes, em geral o 3º, 5º, 7º, 8º e 9º mês, e que o retorno à vida normal é feito lentamente. Assim, o parto não constitui o momento final do período de margem, pois este perdura para a mãe durante um tempo mais ou menos longo, conforme a sociedade em que está inserida.

Ficar grávida, ter um filho, criá-lo e casá-lo é, em muitas sociedades, considerado uma realização positiva para toda a família. O orgulho de uma mulher era, sem dúvida, a sua fertilidade, verificando-se geralmente famílias numerosas, em que os filhos começavam a contribuir precocemente para a economia doméstica. Contudo, não era apenas atribuída grande importância à fertilidade da mulher, como também à do homem, em que, tal como refere Kitzinger (1996), em certas tribos Africanas "...um marido impotente incitava a mulher a dormir com um amigo ou parente, ou se uma mulher não podia ter filhos, era trazida outra mulher para os ter «em seu nome»" (p. 65).

Por vezes, associada à imagem de um "forno", a gravidez é comparada a um tempo de cozedura do próprio filho, advindo daí a necessidade de calafetar o espaço onde se dará o parto, sendo a grávida incentivada a consumir aromas e especiarias, bem como bebidas quentes (Barbaut, 1990).

Segundo Barbaut (1990), o comportamento dos indivíduos perante a grávida assume de alguma forma um papel de reconhecimento individual e colectivo, protegendo-a de alguma fraqueza e da fragilidade humana. Muitas vezes, admiramo-nos e questionamo-nos com a perplexidade do organismo humano que, da forma mais harmoniosa, em tudo se conjuga para a sobrevivência e perpetuação da espécie. Na verdade, desde tempos longínquos que o homem se vislumbra com a maravilha do estado gravídico, considerado por muitos como algo de sagrado e merecedor dos maiores louvores.

Ao refletirmos sobre as palavras de Barbaut (1990), podemos compreender todo este paradigma e constatar que, ao longo dos tempos e de cultura para cultura, diferentes perspectivas foram encontradas em relação à gestação.

A gravidez não é apenas uma vivência pessoal, mas também social, já que viver uma gravidez saudável depende da ajuda e boa vontade de todos os membros de uma sociedade, pois estes têm a responsabilidade de apoiar a mulher e a criança que está para nascer.

A mulher grávida, inserida na nossa sociedade, vivencia a gravidez com ansiedade, fruto de uma imensidão de exames, especulações, intervenções obstétricas a que é submetida, sendo tratada como se fosse uma pessoa «doente», a necessitar de cuidados médicos constantes, estandardizados e não de forma individualizada, atendendo a gestante como pessoa.

Se por um lado, as mulheres das sociedades primitivas viviam a sua gravidez com constantes advertências em torno de tabus, as nossas grávidas vivem em ânsia, confusão e angústia devido aos “rótulos” que lhes são atribuídos e aos estudos que lhes são efectuados por vezes indiscriminadamente com explicações insuficientes (Kitzinger, 1996).

Tal como refere Kitzinger (1996), a futura mãe tornou-se num objecto da obstetrícia e, “uma consequência disto é a falta de confiança da maior parte das futuras mães na sua capacidade de dar à luz um bebé saudável sem a ajuda de um médico” (p. 84).

O facto de a mulher ter que acumular o seu papel de mãe com a sua carreira, gera dificuldades e conflitos familiares. A necessidade de a gravidez ser programada de modo a conciliar as carreiras profissionais dos pais trabalhadores, aumenta a complexidade desta situação; contudo, normalmente, a criança é desejada mesmo antes de nascer ou mesmo antes de ser concebida.

Bobak et al. (1999), descrevem, tal como vários outros investigadores, a concepção e gravidez. Durante a relação sexual, a ejaculação lança normalmente na vagina uma quantidade entre 200 a 500 milhões de espermatozóides. Os espermatozóides deslocam-se através do movimento flagelar das suas caudas. Alguns atingem o local de fecundação em 5 minutos, mas o tempo médio de trânsito é de 4 a 6 horas. Os espermatozóides permanecem viáveis dentro do sistema reprodutor da mulher durante 2 a 3 dias. A maior parte deles perde-se na vagina, dentro do muco cervical, no endométrico, ou penetram na trompa que não contém qualquer óvulo.

À medida que o espermatozóide viaja pelas trompas de Falópio, as enzimas aí produzidas estimulam a capacitação do espermatozóide. A capacitação, é uma alteração fisiológica que retira o revestimento protetor da cabeça do espermatozóide (o acrossoma). Depois, formam-se pequenas perturbações no acrossoma, permitindo que as enzimas se escapem. Estas enzimas são necessárias para que o espermatozóide penetre nas camadas protetoras do óvulo antes da fecundação. Os espermatozóides são produzidos em grande número, ao longo da vida reprodutora do homem, de forma quase constante; a mulher liberta um óvulo aproximadamente de 4 em 4 semanas, durante a sua vida fértil, aproximadamente 35 anos. Quando a cabeça de um espermatozóide penetra com êxito na membrana que circunda o óvulo, tanto o espermatozóide como o óvulo são fechados dentro da membrana, que se torna impenetrável a outro espermatozóide.

A reprodução celular mitótica, chamada clivagem, começa com a migração do zigoto ao longo da trompa uterina até ao útero, migração esta que dura 3 a 4 dias. Como o ovo fecundado se divide rapidamente sem qualquer aumento de tamanho, formam-se, em cada divisão, sucessivamente, células mais pequenas, chamadas os blastómeros. No espaço de 3 dias, produz-se uma mórula, que consiste numa sólida esfera de 16 células. Esta encontra-se ainda protegida pela zona pelúcida. A divisão celular prossegue enquanto a mórula flutua livremente dentro do útero.

Durante esse estágio crucial do desenvolvimento, há a implantação do ovo, as células dividem-se rapidamente e começa o processo de diferenciação, tendo início o desenvolvimento da placenta e do embrião. O período pré embrionário dura 3 semanas. Nos primeiros dias, a estrutura pré embrionária transforma-se no embrião, cujo tamanho quase triplica durante as 4 semanas seguintes. Durante esse período, dá-se a diferenciação e organização das células.

Nesta fase, as estruturas especializadas que protegem e nutrem o embrião, também adquirem uma função plena.

No período fetal, que se estende da 8ª semana até ao fim da gravidez, há crescimento e desenvolvimento dos sistemas orgânicos. Quando plenamente desenvolvidos, os órgãos fetais começam a funcionar e a atender às necessidades metabólicas do feto. Este desenvolve-se e é durante a gravidez/parto que se decide muita da qualidade do desenvolvimento intelectual e físico da futura criança.

2.2.2. Desenvolvimento da gravidez e educação para a saúde

O desenvolvimento de uma gravidez bem sucedida começa em indivíduos saudáveis. Durante a formação e crescimento do ser humano, são adotados comportamentos que traduzem a resposta do organismo num futuro próximo ou tardio (Bobak et al., 1999).

Atendendo a algumas exceções, como acidentes e acontecimentos extraordinários, é possível para a ciência efetuar estimativas de vida para cada indivíduo. Assim sendo, numa consulta de planeamento familiar com objetivo de preparar a gravidez do seu filho, um casal será sujeito a uma bateria de exames auxiliares de diagnóstico, físicos e psicológicos, os quais traçam uma perspectiva no sentido de orientar para uma gravidez de risco ou normal. Durante a vigilância pré – natal, este processo de acompanhamento, continua de uma forma protocolada pelo Ministério da Saúde, emanada a todos os Centros de Saúde e Hospitais (tanto públicos, como privados).

Este propósito de vigilância, orientada e centrada nos indivíduos para um cuidar da sua saúde, de forma consciencializada e digna com direito a opção, é a base de qualquer país desenvolvido. O Estado Português proporciona estes cuidados da vigilância pré - natal a todas as grávidas de Norte a Sul do País. A melhoria dos cuidados prestados à grávida e ao recém – nascido, é uma das áreas considerada prioritária no Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde, circular normativa nº: 02/DSMIA, 01/06).

A Direção-Geral da Saúde (2008), descreve as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez. Algumas das alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez, são denominadas por sinais de gravidez. Estes sinais incluem: sinais de presunção, (aquelas

alterações sentidas pela mulher); sinais de probabilidade (aquelas alterações observadas pelo examinador) e sinais de certeza.

As adaptações maternas são atribuídas às hormonas da gravidez e às pressões mecânicas produzidas pelo aumento do útero e de outros tecidos. Todas elas também protegem o funcionamento fisiológico da mulher, respondem às necessidades metabólicas impostas pela gravidez e permitem o crescimento e desenvolvimento do feto.

Logo nas primeiras semanas a seguir à concepção, observam-se no organismo da mulher profundas alterações anatómicas e fisiológicas. Algumas dessas modificações aparecem antes das necessidades fetais o justificarem, como é o caso do aumento do volume mamário, outras, vão-se estabelecendo à medida que o desenvolvimento fetal o justifica.

Os primeiros meses de gravidez causam na mulher várias alterações fisiológicas, que representam apenas uma pequena parte das modificações que ocorrem durante este período; daí que a gravidez se constitua como um momento particular de retorno a si próprio, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que ele contém: vida. À medida que o feto cresce e o perfil hormonal se modifica, o corpo da mulher passa por adaptações fisiológicas em todos os sistemas do organismo, visando principalmente a adaptação ao feto e à preparação para o nascimento do bebé.

O tempo atribuído ao período gestacional é de 9 meses ou 40 semanas, podendo alargar-se até às 42 semanas. É considerado um bebé prematuro, aquele que nasce antes das 37 semanas de gestação. Durante este período in útero, são necessárias várias consultas de vigilância definidas e protocoladas pela Direção Geral de Saúde.

No primeiro trimestre, aparecem alguns sintomas associados à gravidez, como sono, enjoos, hipersensibilidade, cansaço e seios mais volumosos e sensíveis. Por volta da quinta semana forma-se o embrião, o sistema nervoso central e o coração tem batimentos cardíacos. Duas semanas mais tarde, forma-se a cabeça, com o esboçar da boca, orelhas e olhos, o rosto começa a delinear algumas formas. Dá-se o desenvolvimento dos órgãos sexuais externos, embora mais visível nos rapazes, assim como algum desenvolvimento pulmonar. Por volta da nona semana de gestação, desenvolvem-se os membros inferiores e superiores, assim como os pés e as mãos.

Por volta das 12 semanas, já se parece com um bebé, embora a cabeça apresente um tamanho desproporcionado em relação ao resto do corpo. O cérebro responde a estímulos e emite mensagens. Os órgãos internos estão formados e alguns em funcionamento. Através do

cordão umbilical, que liga mãe e filho, é-lhe fornecido alimento e oxigénio. Nesta fase, a realização de uma ecografia é muito importante, para datar a gravidez e avaliar a translucência da nuca. Esta atitude, tem como objetivo detetar precocemente malformações fetais.

Até às 16 semanas, o desenvolvimento do feto dá-se de uma forma bastante rápida. As unhas dos pés começam a crescer, o cérebro e os músculos comunicam entre si. Nesta fase, desenvolvem-se os ossos, estando já compostas as articulações dos braços e das pernas. Através da ecografia, é possível identificar o seu sexo.

Alterações fisiológicas da gravidez e parentalidade

Segundo Kitzinger (1978, 1996), as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez estão entre as mais significativas que o corpo humano pode sofrer. Algumas dessas alterações começam mesmo antes que a mulher tome consciência de que está grávida. Além disso, a gravidez e o nascimento da criança são eventos psicossociais, que afectam profundamente as vidas dos pais, das famílias e da própria comunidade. Nada é mais definitivo para o autoconceito de alguns homens e mulheres do que o desafio de gerar e criar um filho. A vivência duma gravidez inserida no seu meio comunitário, onde os valores, a cultura e o próprio ambiente se interrelacionam, ajudam a mulher a adaptar-se à gravidez, manter a sua saúde e preparar-se para o nascimento do seu filho (Bobak et al, 1999; Kitzinger, 1996).

É extremamente importante que o casal perceba que a gravidez e o nascimento de um filho vai modificar e alterar as suas vidas, propondo-lhe um compromisso de longo prazo, que poderá ser facilitado, se o casal estiver preparado intelectual, física e emocionalmente para usufruir deste modo da experiência do deslumbramento e da alegria de ter um filho (Relvas, 1996).

O nascimento de um filho, é um dos marcos mais importantes no processo de desenvolvimento familiar, pela mudança que provoca na estrutura e organização da família. O alargamento do núcleo familiar, através do nascimento de uma criança, implica uma revolução afectiva dos laços já existentes e também uma redistribuição de papéis, funções e tempos de todos os elementos que o constituem (Relvas, 1996).

Com o nascimento do primeiro filho, inicia-se a segunda etapa do ciclo vital da família, e com ela, a reorganização familiar, através da definição de papéis (subsistemas) parentais, filiais e de nova redefinição de limites face ao exterior (Relvas, 1996; Couto, 2006).

O princípio chave do processo de transição é, sem dúvida, a aceitação do filho no e pelo sistema. A tarefa primordial, é a criação de um espaço para os filhos, com a definição e assunção de papéis parentais, por parte dos elementos do casal.

A parentalidade refere-se à função parental e a conjugalidade reporta-se à função conjugal. A conjugalidade não pode ser anulada, nem mesmo ocultada pela parentalidade, têm de estar as duas articuladas. Conjugalidade e parentalidade têm, cada uma delas, o seu ciclo de vida e desenvolvem -se num tempo e espaço próprios (Couto, 2003, 2006).

No período de expansão da família, a experiência do nascimento de um filho é sempre única, mas dependente de muitos factores, entre eles, as características do sistema familiar e as relações existentes, nesse dado momento, entre os vários elementos dos diversos subsistemas. Por vezes, o sistema familiar não está preparado para a reorganização a que a chegada de um novo membro obriga, pelo que, o equilíbrio dos vários sistemas familiares (conjugais, parentais, filiais, fraternais...) pode entrar em ruptura, com consequências muitas vezes nefastas, a nível da comunicação, partilha, confiança, rendimento escolar e profissional e também a nível da própria saúde (stress, ansiedade, depressão, perturbações sexuais, problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem...). É necessário que a família consiga encontrar formas de comunicação capazes de serem transversais aos vários subsistemas existentes. Ou seja, é necessário que a família aprenda a comunicar-se e reaprenda a relacionar-se, descobrindo novas formas de convivência, empatia, entrega e crescimento, compatíveis com as novas exigências familiares. Sobretudo, é necessário evitar situações e sentimentos de tensão, exclusão e, até, de rejeição; é necessário lidar e refletir sobre as situações e os sentimentos que são, por vezes, inevitáveis (Relvas, 1996; Kitzinger, 1996).

Na gravidez, a mulher vivência diversas modificações em termos hormonais, emocionais e também corporais que se refletem, de forma mais ou menos, evidente, no relacionamento conjugal, parental, filial e nas restantes áreas da sua vida. Contudo, o instinto maternal leva-a, frequentemente, a considerar prioritárias as necessidades dos seus filhos, em detrimento das necessidades do seu cônjuge, da vida doméstica, social ou profissional e até, das suas próprias necessidades (Bobak, 1999).

Com a entrada ou saída de um elemento da família, diversos papéis e relações têm de ser criados, abandonados ou alterados. Surge o primeiro filho e a família deixa de ser um par com relações do tipo díade, e passa a ser um grupo de três elementos, agora a estabelecer relações tipo tríade.

Segundo Relvas (1996), o mapa familiar complexifica-se e surge assim, pela primeira vez, dentro da família nuclear, uma triangulação. Agora os vários elementos têm de aprender a viver relações diádicas e triádicas (pai-mãe, pai-filho, mãe-filho). A díade mãe-filho exige que esta seja uma boa gestora, uma vez que esta díade ocupa tempo e invade o espaço de outras díades, que pode levar a um momento de crise ou de crescimento do casal.

Até aqui, foram abordadas as mudanças que ocorrem, particularmente nas forças internas do sistema familiar nuclear. No que respeita à relação com o exterior, esta etapa é caracterizada pela abertura familiar ao exterior, o que na maioria dos casos é ritualizado na cerimónia de apresentação do bebé no baptizado. A pré-cerimónia faz-se ainda na maternidade e nos primeiros dias de chegada a casa (Relvas, 1996).

O contacto dos netos com os avós é por vezes quotidiano e passa pelo facto de os avós tomarem conta dos netos enquanto os pais trabalham, levá-los à creche/ama ou jardim infantil. Este contacto tem muitos aspectos positivos. Contudo, podem surgir divergências, devido ao facto de os modelos educativos dos avós não coincidirem com os dos pais, como já foi referido anteriormente. A função parental alarga-se, ultrapassando a simples interação do casal, interage com as finalidades próprias da família e criança, que se expressam na transmissão intergeracional de regras, de modelos de comunicação e na utilização de mitos e rituais da família (Couto, 2003, 2006).

A forma como a parentalidade se organiza na família, resulta da articulação de quatro modelos. Cada um dos elementos do par, traz consigo uma dupla definição dos modelos paternal e maternal aprendidos e triangulados, enquanto crianças, nas suas famílias de origem. No entanto, a construção da parentalidade é dificultada, por um lado, pela excessiva simetria comunicacional do par parental, e por outro lado, por uma experiência filial da parentalidade não positiva (Couto, 2003, 2006).

As adaptações maternas, são atribuídas às hormonas da gravidez e às pressões mecânicas produzidas pelo aumento do útero e de outros tecidos. Estas também protegem o funcionamento fisiológico da mulher, respondem às necessidades metabólicas impostas pela gravidez e permitem o crescimento e desenvolvimento do feto (Bobak et al., 1999).

Logo nas primeiras semanas a seguir à concepção, observam-se no organismo da mulher, profundas alterações anatómicas e fisiológicas. Algumas dessas modificações aparecem antes das necessidades fetais o justificarem, como é o caso do aumento do volume mamário. Outras vão-se estabelecendo à medida que o desenvolvimento fetal o justifica.

Todas estas adaptações (bioquímicas, fisiológicas e anatómicas), que ocorrem durante a gravidez são profundas, retornando, no entanto, quase totalmente ao seu estado normal, após o parto e a lactação. Este caminhar, com “timing “certo, é acompanhado de aprendizagem e conhecimento, em (re)educar as mulheres para uma condição temporária que é o trabalho de parto e o parto (Bobak et al., 1999).

2.2.3. Consultas de vigilância pré-natal, trabalho de parto e parto

A vigilância pré-natal, é um processo de acompanhamento que se inicia durante a gravidez ou até no período pré-concepcional, prolongando-se pelo puerpério até que a mulher/casal se sintam ajustados à nova situação familiar.

Esta consulta/vigilância é realizada nas primeiras semanas pós amenorreia, até às 8 semanas de gestação (Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar, 1993).

A Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar (1993), descreve como deverá ocorrer esta consulta/ vigilância. O objetivo desta consulta é prevenir e diagnosticar precocemente problemas de saúde, tanto para mãe, como para o embrião ou feto. Por outro lado, proporciona à mãe informação e aprendizagem/ensino sobre o trabalho de parto e parto/maternidade e promove estilos de vida saudáveis, criando laços de vinculação familiar.

Estes cuidados são registados no boletim de saúde da grávida onde, posteriormente, os profissionais de saúde, tanto a nível de cuidados primários como hospitalares, têm acesso ao estado e evolução da gravidez e do bem-estar materno – fetal.

A Direção Geral da Saúde prevê uma consulta por mês da 8^a até à 36^a semana, seguida de consulta semanal até ao parto, perfazendo um total de 10 consultas. Na primeira consulta, regista-se a história de saúde individual e familiar, o perfil psicossocial e cultural, o exame físico,

a avaliação do estado vacinal, os testes diagnósticos e a investigação/detecção dos riscos em geral.

Segundo Bobak et al. (1999), “muito embora os cuidados pré-natais envolvam outros técnicos de saúde, a relação enfermeiro-grávida é determinante no estabelecimento de interações futuras. As técnicas de escuta ativa, toque, e a utilização do contacto visual devem ser utilizadas, bem como o reconhecimento dos sentimentos da mulher e o seu direito em expressá-los”. (p.143)

Durante o primeiro exame, são realizadas a avaliação física e as determinações pelvimétricas, que indicam se a grávida poderá ter, ou não, um parto vaginal.

Bobak et al. (1999), defendem que “todos os clínicos e enfermeiros que efetuam exame à grávida, devem estar habilitados a proceder de forma correta na utilização das técnicas de medição da altura uterina. Idealmente deve existir um protocolo, a ser cumprido por toda a equipa e saúde, que descreva de forma pormenorizada a técnica de medição, incluindo a posição que a grávida deve ser colocada na mesa de exames, o instrumento e o método a utilizar”(p.157).

A frequência cardíaca fetal é avaliada nas consultas subsequentes, a partir do momento em que é possível auscultar os batimentos cardíacos (12 semanas por Doppler; 18 a 20 semanas por ecografia) e a sua qualidade e ritmos constituem outros indicadores da saúde do feto (Bobak et al., 1999).

Os exames auxiliares de diagnóstico, como a ecografia, exames à urina e ao sangue e exame citológico e bacteriológico de esfregaços vaginais e do cervix, constituem uma fonte de informação no que respeita à datação da gravidez, aos sintomas da gravidez e ao estado geral de saúde. Bobak et al. (1999), consideram que “os resultados obtidos através das análises efectuadas aos espécimes constituem uma fonte importante de informação no que respeita aos sintomas da gravidez e ao estado geral de saúde. Tanto os diagnósticos de enfermagem como os diagnósticos médicos têm em conta estes resultados”. (p. 141). Estes devem ser realizados de acordo com as fases de gravidez, resultados analíticos anteriores, problemas e patologias associadas e orientações técnicas de vigilância pré-natal (Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, 1993).

A educação para a saúde durante o período pré-natal é focalizada de acordo com as orientações técnicas promotoras de saúde preconizadas para a vigilância pré-natal, com as

necessidades identificadas e com a idade gestacional em que a mulher se encontra, numa perspectiva bio-psico-social e cultural (Ministério da Saúde, 1993).

No âmbito da consulta de saúde materna, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, no seu exercício profissional, deve realizar intervenções de enfermagem consonantes com as suas competências, inscritas no artigo 4 da Diretiva n.º 80/155/CEE de 21 de Janeiro, que foram transpostas para o direito interno pelo Decreto-lei n.º 322/87 de 28 de Agosto. Em tal Diretiva Comunitária estão inscritas as intervenções que os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica estão habilitados a utilizar para planear e implementar as intervenções de enfermagem, das quais passamos a referir apenas as que devem mobilizar no atendimento da mulher/família na consulta de saúde materna, no âmbito dos cuidados de saúde primários (Ordem dos Enfermeiros, 1999).

O esquema de vigilância na gravidez, está dividido em quatro momentos fundamentais de avaliação materna e fetal e está distribuído por semanas de gestação (Quadro 3).

Quadro 3. Esquema de vigilância pré-natal

Semanas de Gravidez	Atividades/ Elementos a recolher e a avaliar
8 a 12 semanas	História clínica e factores de risco Exame físico com exame ginecológico e da mama Estimativa da idade gestacional Auscultação do foco fetal com Doppler às 10-12 semanas Pedido dos exames laboratoriais Início do preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida Informação sobre a necessidade do registo, pela grávida, da data dos primeiros movimentos fetais Informação alimentar e de saúde
18 a 22 semanas	Confirmação do tempo de gestação (às 20 semanas o fundo uterino fica, aproximadamente, ao nível do umbigo) Auscultação do foco fetal Registo dos 1ºs movimentos fetais sentidos pela grávida Avaliação dos exames pedidos Ecografia obstétrica
28 a 32 semanas	Continuação da vigilância do bem-estar materno-fetal Evolução da tensão arterial, altura uterina, peso, movimentos fetais e foco Repetição de exames laboratoriais
36 a 40 semanas	Orientação das grávidas para o registo dos movimentos fetais Avaliação das condições para o parto Informação sobre contracepção e importância da consulta da revisão do puerpério

Fonte: Adaptado da DGS (1993), diretrizes para a vigilância pré-natal

O primeiro dos quatro momentos localiza-se entre as 8 e as 12 semanas; o segundo, entre as 18 e as 22 semanas; o terceiro, entre as 28 e as 32 semanas, altura que tem início a

preparação para o parto pelo método psicoprofilático; por último, entre as 36 e as 40 semanas, altura em que se vai dar o parto (Bobak et al., 1999).

Trabalho de parto e parto

O trabalho de parto e parto é uma sequência de fenómenos fisiológicos, que vão desde a dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão. Acompanha-se de contrações coordenadas, involuntárias, progressivamente mais intensas e frequentes, que levam à descida da apresentação e ao apagamento e dilatação do colo (Bobak et al., 1999).

Segundo alguns autores, o processo do trabalho de parto divide-se em três estádios. Considera-se o primeiro estádio (o mais longo), o início do trabalho de parto, com contrações uterina regulares, apagamento e dilatação completa do colo do útero. O segundo estádio, refere-se ao período expulsivo, a dilatação está completa com cerca de 10 cm e tem como finalidade expulsar o feto. Por último, o terceiro estádio, vai desde o nascimento até à expulsão completa de placenta e membranas para o exterior.

Segundo Graça (2000), e numa perspectiva exclusivamente biológica, por trabalho de parto entende-se “o conjunto de fenómenos fisiológicos, que uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (p. 349). Na fase latente, que vai desde o início das contrações até ao apagamento total do colo e 3 cm de dilatação (divisão de Friedman), a mulher pode deambular pela enfermaria até entrar na fase ativa, que vai até à dilatação completa. Acompanha-se da descida da apresentação e é considerada fase de aceleração máxima (Bobak et al. 1999).

O trabalho de parto tem duração muito variável, de mulher para mulher, podendo dividir-se em três períodos designados por dilatação, período expulsivo e dequitadura. O período mais longo é o período da dilatação, que se inicia com as contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo, podendo durar entre 14 a 20 horas, conforme se trata de um multipara ou nulípara, respectivamente (Bobak et al., 1999).

A prestação e gestão de cuidados à mulher/família durante o trabalho de parto, implicam a aplicação de conhecimentos e técnicas do âmbito da especialidade, que permitam a execução, com qualidade e rigor científico, do conjunto de atividades apresentadas na diretiva da comunidade económica europeia.

Deste modo, é esperado do enfermeiro especialista que, baseando-se no processo de enfermagem, proceda à sistemática colheita de dados com recurso às diversas estratégias, ao planeamento, à execução e avaliação sistemática dos cuidados, que lhe permita adequar a sua intervenção à especificidade de cada situação.

O enfermeiro especialista, aquando da prestação de cuidados durante o trabalho de parto, deve enfatizar a integridade da unidade familiar, atribuindo ao parto o cariz fisiológico que o caracteriza e denotando o seu papel como promotor da saúde da mulher/família e, por conseguinte, da própria sociedade. Do mesmo modo, é esperada a sua perspicácia para a detecção de sinais de alarme ou de complicações que possam colocar em risco o bem-estar materno-fetal e familiar e a sua articulação com outros profissionais, nomeadamente o médico, para intervir precocemente na sua resolução.

O segundo período, designado expulsivo, inicia-se com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto, durando, em média, 20 a 60 minutos, conforme se trate de uma multipara ou primípara, respectivamente. O terceiro período, tem uma duração média de 30 minutos e corresponde à expulsão da placenta (Bobak et al., 1999).

Além deste processo fisiológico, o trabalho de parto representa para a mulher/família uma experiência repleta de sensações, emoções e sentimentos únicos que condicionam todo o seu desenvolvimento. O estado psicológico, sociofamiliar, económico, as origens étnicas e culturais, são aspectos que acompanham a mulher/família e que não podem ser descurados pelo enfermeiro especialista na prestação de cuidados, numa perspectiva holística.

Nesta lógica, cada mulher/família em trabalho de parto, representa um desafio único que impele para a necessidade de estabelecer um plano de cuidados individualizado e tomada de decisões responsáveis com base nas necessidades detectadas.

A prestação de cuidados à mulher/família durante o trabalho de parto, insere-se num contexto de atuação multiprofissional, em que se distinguem intervenções interdependentes e independentes que exigem responsabilidade e rigor científico, tendo por base da atuação os princípios éticos, legais e normativos norteadores da prática profissional.

O nascimento significa dar à luz uma criança. O nascimento de um filho, em muitas sociedades, torna um casamento até então não muito coeso, numa união reconhecida, levando-se a cabo algumas práticas/rituais com o surgimento de um novo membro na família. Exemplo disto, verifica-se entre os Kgatla da África do Sul, em que os progenitores passam a ser

“conhecidos pelo nome do filho com o prefixo «rra» - pai – ou «mma» - mãe” (Kitzinger, 1996,p.72), adquirindo uma nova dignidade e um novo estatuto.

Ao longo dos tempos, as sociedades manifestaram vontades distintas; para as famílias mais numerosas, os filhos eram para os pais um investimento a longo prazo, uma segurança para a sua velhice e para além da importância conferida à fertilidade, representavam um encargo no presente, pois eram muitos filhos para sustentar. Por outro lado, os pais tinham necessidade de controlar a fertilidade, reduzindo o número de filhos, embora esta atitude fosse «contra a natureza». Para tal, algumas sociedades utilizavam práticas mágicas, poções e símbolos que tinham poucos resultados práticos. Vários métodos/práticas eram conhecidos em diferentes sociedades para evitar que a mulher concebesse, desde contraceptivos orais, saltar após o coito, duches de vinagre, pessários, coito interrompido, etc.

O nascimento, rico em emoções fortes em todas as sociedades, não é um processo comum nem um simples acto de dar à luz, pode significar uma alegria ou um drama; “os efeitos do nascimento do bebé também podem ser traumatizantes para a mãe” (Kitzinger, 1996, p.93), por essa razão, “nas civilizações do passado, as deusas da reprodução eram muitas vezes invocadas para proteger a mãe e bebé, e a religião fornecia o seu próprio quadro de apoio emocional” (Kitzinger, 1996, p.99).

Para que um parto seja realizável, é necessário um processo de adaptação e acomodação das zonas adequadas da cabeça do feto aos diversos segmentos da pélvis. Desse processo, faz parte um conjunto de movimentos que a apresentação fetal vai tomando e que se denomina por mecanismos do parto. Segundo Ziegel e Cranley (1986), caracteriza-se pela “(...) sequência de movimentos passivos da parte que se apresenta que permitem a passagem através do canal de parto. É o ajuste que o objecto faz em relação ao trajeto” (p. 323). Grande parte das alterações posicionais que compõem os mecanismos do trabalho de parto devem-se a movimentos de torção e flexão da cabeça do feto, através dos quais se adapta ao tamanho e à forma da pelve materna. Também designados de movimentos cardinais, a combinação de movimentos adotados pelo feto durante o trabalho de parto, podem suceder-se de forma sequencial ou em simultâneo. Estes movimentos são: o encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão.

O “encravamento” pode verificar-se no decurso das últimas semanas de gravidez, sobretudo nas nulíparas, resultante da tonicidade dos músculos abdominais que vão empurrando a apresentação em direção à bacia. Nas múltiparas, devido ao relaxamento da

musculatura abdominal, a cabeça mantém-se móvel acima do estreito superior da bacia até ao início do trabalho de parto e o encravamento verifica-se apenas após esta fase. O encravamento dá-se quando o diâmetro biparietal da cabeça fetal atravessa o estreito superior da bacia. A cabeça fetal tende a acomodar-se ao eixo transversal da entrada da pelve e a sutura sagital mantém-se paralela ao referido eixo.

A sutura sagital nem sempre se encontra equidistante entre a sínfise e o promontório, encontrando-se, frequentes vezes, desviada posteriormente para o promontório ou anteriormente para a sínfise púbica. Este desvio anterior ou posterior da cabeça, determina uma posição mais anterior ou posterior relativamente à pélvis e recebe a denominação de assinclitismo. No trabalho de parto normal pode dar-se um ligeiro assinclitismo, as mudanças sucessivas de assinclitismo posterior e anterior facilitam a descida ao permitirem que a cabeça do feto aproveite os espaços mais amplos da cavidade pélvica. As situações de assinclitismo acentuado podem constituir incompatibilidade céfalo-pélvica (Bobak et al., 1999; Machado, 2000).

A “descida” é o primeiro requisito para o parto normal. Na nulípara, o encravamento pode ocorrer antes do início do trabalho de parto e não se verificar uma descida do feto, a qual só se verificará em fases mais tardias do trabalho de parto. Na múltipara, a descida inicia-se com o encravamento. A descida do feto resulta de várias forças tais como: pressão do líquido amniótico quando as membranas ainda se encontram intactas, pressão direta do fundo uterino sobre a pelve fetal, contração dos músculos abdominais maternos e fenómenos de moldagem do feto.

A “flexão”, permite a redução dos diâmetros da cabeça do feto que se apresenta no canal de parto. A flexão do polo cefálico ocorre quando este, durante a descida, encontra resistência, quer por parte do colo uterino, quer pelo canal de parto. Durante este movimento, o feto aproxima-se da face anterior do tórax fetal de forma a proporcionar o menor diâmetro possível (Bobak et al. 1999; Machado, 2000). O diâmetro occipito-frontal é medido da asa do nariz até à protuberância occipital, e mede aproximadamente 12,5 cm. É substituído pelo diâmetro suboccipito-bregmático, medido da superfície inferior do occipúcio, na sua junção com o pescoço, até ao centro da fontanela anterior e mede aproximadamente 9,5 cm (Bobak et al., 1999; Machado, 2000).

O momento em que se dá a flexão varia. Se a entrada na pelve for pequena para o tamanho da cabeça fetal, pode ser necessária uma flexão acentuada para a cabeça se poder acomodar à pelve. Se a cabeça se insinuou à pelve com uma flexão moderada, esta será

acentuada através das forças atrás descritas, para facilitar o posicionamento do mento em direção ao tórax e desta forma reduzir os diâmetros da apresentação.

A “rotação Interna”, é fundamental para que o trabalho de parto evolua. Quando atravessa o estreito superior da bacia, a cabeça fetal fá-lo em posição occipito-iliaca-transversa, pois neste local da bacia o maior diâmetro é o transverso. A cabeça fetal, à medida que progride na descida, necessita rodar devido ao estreito inferior apresentar o seu maior diâmetro no sentido antero-posterior (Machado, 2000).

O movimento de “rotação interna leva á deslocação do occiput no sentido da sínfise púbica (movimento de 45° nas variedades anteriores e de 90° nas variedades transversais), colocando-se o diâmetro sagital da apresentação coincidente com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto” (Machado, 2000, p.358).

A “extensão”, ocorre quando o polo cefálico fetal, flectido, alcança o plano da vulva, e origina um movimento oposto ao da flexão, o que faz com que a base do occiput fique em contato direto com o bordo inferior da sínfise púbica. A extensão ocorre devido à combinação de duas forças: a primeira, atua mais posteriormente e é exercida pela pressão das contrações uterinas; a segunda, atua mais anteriormente e é exercida pela resistência oferecida pela sínfise púbica e pelo pavimento pélvico. À medida que ocorre a extensão aparece, primeiramente, o occipital, depois a bregma, fronte, nariz, boca e finalmente, o mento (Machado, 2000).

A “rotação externa”, surge após a exteriorização da cabeça, que roda até retomar a posição anterior à rotação interna, quando esta estava encravada no estreito superior. Este movimento designa-se de “restituição”. Se o occiput se encontrava na posição direita, roda no sentido da tuberosidade isquiática direita e vise-versa. A rotação externa continua até que o diâmetro sagital da cabeça ocupe a posição transversa, ao mesmo tempo que os ombros encravam e descem por um processo idêntico ao que se realizou pela cabeça. O ombro anterior desce em primeiro lugar e quando atinge o estrito inferior, roda para a linha média, de forma que o diâmetro bi-acromial se coloque no diâmetro antero-posterior, facilitando a expulsão do corpo fetal (Machado, 2000).

A “expulsão”, surge após a rotação externa. O ombro anterior aparece sob a sínfise púbica e o ombro posterior distende o períneo posterior. Depois da saída dos ombros, a expulsão do corpo fetal ocorre rapidamente através de um movimento de flexão lateral em direção à sínfise púbica. Quando o bebé emerge por completo, o nascimento está efectuado e essa hora deve ser registada (Machado, 2000).

2.3. Parto hospitalar e uso do método psicoprofilático

2.3.1. Preparação do parto, stresse, sinais do trabalho de parto e percepção da dor

Segundo Bobak et al. (1999), quando a mulher está grávida, deve pensar no local onde o seu filho vai nascer, parto no hospital, parto numa clínica, ou outro, devendo visitar o bloco de partos, na instituição que escolheu para nascer o seu bebé. A maioria dos hospitais fornece panfletos com informação detalhada sobre onde dirigir-se quando se inicia o trabalho de parto e sobre as normas hospitalares (horário das visitas, número de visitantes). Alguns hospitais organizam visitas prévias à instituição.

A grávida é aconselhada a frequentar cursos de preparação para o parto e também é alertada para as medidas que promovem o alívio de tensões emocionais, como a ansiedade provocada pelo medo de ter dores. O plano inclui a ajuda à mulher, no desempenho e identificação do início de trabalho de parto e parto.

Assim, é muito importante a visita guiada ao hospital para tomar contacto com a sala de partos e as salas de espera, bem como a demonstração das medidas de ajuda e apoio a pôr em prática para promover o conforto da mulher durante o trabalho de parto, efetuar uma revisão breve sobre o que esperar durante todo o processo de trabalho de parto e fazer uma descrição da atuação esperada de todos os profissionais durante esse período. Estas conversas pretendem fortalecer a auto estima, centrando as energias em estratégias de adaptação mais apropriadas, diminuindo a ansiedade provocada pelo desconhecido. Hoje em dia, muitos pais decidem ter uma participação ativa no trabalho de parto e no nascimento do seu filho, mas alguns homens não desejam nem tencionam participar (Bobak et al., 1999; Pereira, 2005).

Stresse durante o trabalho de parto

As mulheres em trabalho de parto têm diversas preocupações, as quais nem sempre exprimem quando questionadas e raramente o fazem de forma voluntária. Assim, é importante perguntar o que ela espera, de forma a esclarecer duvidas ou sugerir que ela questione, acerca do que a preocupa. É frequente as mulheres em trabalho de parto colocarem as seguintes questões: o meu bebé estará bem? o meu bebé é perfeito? serei capaz de suportar o trabalho de

parto? será que vou portar-me bem? o meu trabalho de parto será longo? como é que eu vou agir? vou precisar de medicação? vão ajudar-me? vai lá estar o meu companheiro/alguém para me apoiar? vou ter que levar epidural?, entre outras (Bobak et al., 1999).

Os profissionais devem responder ou procurar respostas para as perguntas da mulher em trabalho de parto, devem expressar na sala de parto e junto da parturiente que não estão à espera que ela se comporte de nenhuma maneira especial e que o processo conduzirá ao nascimento do seu bebé, sendo essa a única expectativa que ela deverá ter (Bobak et al., 1999; Couto, 2003).

A enfermeira especialista tem conhecimento das técnicas de respiração e relaxamento, de modo a ajudar a mulher e o seu companheiro a lidarem com o trabalho de parto. A enfermeira necessita proporcionar medidas de conforto. O efeito Hawthorne é o fenómeno que acontece quando uma pessoa com dor começa a sentir-se mais cómoda, através de: falar calmamente, aconchegar as almofadas e permanecer perto da mulher. O suporte positivo, dado pela especialista, aumenta a capacidade para lidar com o stresse (Jimenez, 1983).

As medidas de conforto variam de acordo com a situação e incluem um ambiente de apoio no trabalho de parto e parto e o toque terapêutico, providenciando a gestão não farmacológica do conforto e o “estar presente”.

As salas do bloco de parto precisam ser arejadas, obscuras, silenciosas e confortáveis, tanto para a mulher como para quem a acompanha durante o trabalho de parto e parto, bem como apetrechadas do equipamento de monitorização necessário (Bobak et al., 1999).

Sinais de trabalho de parto

Toda a grávida na consulta de vigilância pré-natal é elucidada sobre os sinais do início de trabalho de parto (Direção Geral de Saúde, 1993). Sendo este o momento mais esperado durante toda a gravidez. Bobak et al. (1999), descrevem os sinais de trabalho de parto como:

- *expulsão do rolhão mucoso*, que consiste na eliminação, pela vagina, de muco gelatinoso, rosado ou acastanhado. A sua expulsão pode ocorrer dias ou horas antes do parto e significa que o nascimento estará para breve.

- *Rotura da bolsa de águas*, que consiste na saída de líquido amniótico pela vagina, devido à rotura das membranas que envolvem o bebé. Pode sair lentamente ou de repente, em grande quantidade. Normalmente, é claro e transparente.
- *Contrações uterinas*, que no início do trabalho de parto, são irregulares e são pouco frequentes. Depois, a barriga fica dura e as contrações tornam-se progressivamente mais regulares, mais intensas e mais próximas, com intervalos de dez minutos.

Percepção da dor no trabalho de parto

A percepção da dor no trabalho de parto é a tradução da resposta neural, onde a grávida reconhece a sensação, não interessando apenas os aspectos fisiopatológicos e bioquímicos do fenómeno doloroso, mas tudo o que, de alguma maneira, interfira na percepção e alívio da dor.

Segundo Couto (2003) e Pereira (2005), a dor na contracção uterina, resulta de um reflexo condicionado. Para anular este condicionamento negativo, bastará desencadear outro que favoreça o autocontrolo e afaste a atenção da dor; daí, a importância do ensino da técnica da respiração/relaxamento, nas aulas de preparação para o parto e parto, pelo que, através de uma respiração abdominal tranquila e profunda, é possível a grávida controlar a dor.

De acordo com a definição da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE) (2000):

Dor é um tipo de sensação com as seguintes características específicas: aumento da Percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjetiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tono muscular, variação da apatia à rigidez, comportamento auto protetor, estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração marcado por gemidos, choro, andar a passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou atividades (...)" (p. 40)

Existem várias formas de controlo da dor de trabalho de parto e parto. Para além das intervenções farmacológicas, os enfermeiros/profissionais têm ao seu alcance outras formas para ajudar a controlar a dor na sua globalidade, através das massagem, das técnicas de

relaxamento, da música e do toque terapêutico, que aliviam a dor e estabelecem uma relação de confiança, que aproxima a grávida do enfermeiro.

Para Lazure (1994), o enfermeiro deve adotar as medidas necessárias para assegurar o conforto, preservando as características pessoais, inerentes à sua personalidade, face à dor e ao seu estado.

2.3.2. Comportamento respiratório e muscular em trabalho de parto e parto

No terceiro trimestre, o feto em crescimento pressiona e restringe o diafragma. A grávida respira mais rápida e profundamente, aspirando mais ar com cada inalação, o que aumenta o consumo de oxigénio (Bobak et al., 1999).

As abordagens na preparação para o parto pelo método psicoprofilático realçam várias técnicas de respiração que a grávida, com as contrações uterinas, utiliza durante o trabalho de parto e parto.

No primeiro estágio do trabalho de parto, o recurso às técnicas de respiração podem levar ao relaxamento dos músculos abdominais. Os músculos da região genital ficam mais relaxados e proporcionam a descida do feto. Este relaxamento faz com que diminua a fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal.

No segundo estágio de trabalho de parto, a respiração faz com que haja um aumento da pressão abdominal, o que relaxa os músculos pudendos, facilitando a expulsão do feto.

Os diferentes tipos de respiração e relaxamento são utilizados em todo o trabalho de parto. No entanto, o período de maior dificuldade no controlo da respiração e relaxamento, ocorre quando a dilatação do colo do útero atinge 8 a 10 cm devido à frequência e intensidade das contrações. Este descontrolo verifica-se em todas as mulheres, porque é difícil manterem a concentração nas técnicas de respiração, relaxamento e concentração (Bobak et al., 1999).

A maior sensibilidade das vias respiratórias aos elevados níveis de dióxido de carbono no sangue pode dificultar a respiração. O controlo da respiração aumenta ou diminui a oxigenação do útero e do bebé, daí a importância da sua eficácia. Um ciclo ventilatório implica uma inspiração e uma expiração. Na grávida, a caixa torácica fica diminuída devido ao aumento abdominal, o diafragma com a expiração sobe e liberta o abdómen, ao contrário da inspiração, em que o diafragma empurra o abdómen para baixo.

Quando a mulher está em trabalho de parto, estes movimentos expiratórios e inspiratórios fazem com que facilitem a oxigenação do útero e do bebé e também proporcionem à grávida um controlo sobre o seu corpo. Nesta fase, é importante o controle da respiração para esta ser calma e profunda, propiciando maior relaxamento. A adaptação varia de mulher para mulher e ao longo do trabalho de parto. Durante as aulas de preparação para o parto, as mulheres aprendem alguns tipos de respiração que vão utilizar em todo o trabalho de parto e parto (Pereira, 2005).

Neste ensino/aprendizagem durante o curso, é aconselhado à grávida uma respiração abdominal, porque ajuda ao relaxamento, que consiste numa expiração pela boca, levando a uma contração abdominal e libertação do ar de uma forma muito lenta e controlada. De seguida, com o abdómen relaxado, o ar entra nos pulmões lentamente e dá-se a inspiração.

Durante os treinos de execução e prática destes exercícios respiratórios, a grávida tem a possibilidade de treinar em várias posições que poderá ter que adotar em trabalho de parto e parto, o que quer dizer que a posição de lateral direito /esquerdo e dorsal são as posições que a grávida adotará em trabalho de parto (Pereira, 2005).

Comportamento dos músculos abdominais em trabalho de parto e parto

A grávida precisa identificar os músculos e conhecer o seu corpo, e saber os músculos que deve contrair e relaxar para se dar o nascimento do seu filho.

Os músculos abdominais e do soalho pélvico são muito importantes para o desenrolar de todo o processo de gravidez e também para o momento de trabalho de parto e parto. Este processo não se dá por acaso, pois, com o decorrer da gestação, a postura da grávida vai-se alterando com o aumento da cavidade uterina e do abdómen (aumento de peso), altera-se o centro da gravidade, há alteração da marcha, aparecimento da curvatura lombar e cifose torácica.

O mecanismo do parto normal consiste na contração/relaxamento dos músculos abdominais e é preciso haver coordenação destes movimentos. Qualquer exercício que aumente a força dos músculos abdominais ou diminua a resistência dos músculos da pélvis contribui para reduzir o tempo e a dor do parto. Uma criança só nasce em parto normal, quando as forças

orgânicas que empurram a criança para baixo são mais poderosas que as resistências que sustentam a criança.

Os músculos abdominais sofrem um estiramento indispensável para permitir o crescimento do útero e o desenvolvimento do feto. Com os exercícios abdominais regulares, evitam-se desconfortos em toda a gravidez, mantendo a função do músculo abdominal. Estes músculos, com capacidade elástica, suportam e apoiam o conteúdo abdominal que serve de suporte ao útero em crescimento, sendo eles; o reto abdominal, o transverso do abdômen, o oblíquo interno e o oblíquo externo (Bobak et al., 1999).

2.3.3. Preparação para o parto pelo método psicoprofilático

Segundo Pereira (2005), em França, foi Lamaze que iniciou o método. Em Portugal, os divulgadores foram dois obstetras e um psiquiatra. Estes médicos foram para França e aprenderam com Lamaze, aplicando esse método no antigo Hospital do Ultramar em Lisboa. Em Portugal, a divulgação do método psicoprofilático deu-se em 1953. Um continuador deste método foi Pierre Vellay. Em 1963, a portuguesa Graça Mexia (professora de Educação Física) aprendeu o método e fez a sua divulgação no Porto em 1980. Nesta cidade foi criado o primeiro centro de preparação para o parto.

A oficialização do método em Portugal aplica-se através de legislação de proteção à maternidade e paternidade, Lei 4/84 de 5 de Abril e assistência ao parto Lei 14/85. De acordo com o que refere Pereira (2005), os centros que oferecem preparação para o parto/maternidade, devem reunir condições para que estas sejam do agrado da mulher/marido e que se encontrem equipadas com materiais necessários, tais como: colchões, almofadas rolos, vídeo, televisão, filmes, mesas, cadeira, simuladores, bancas, bonecos, música, ambiente, climatizado e silencioso. O grupo de grávidas deve ser pequeno e de acordo com o espaço, assim como ter um horário flexível para permitir e facilitar a presença dos maridos.

A preparação para o parto através do método psicoprofilático, sustenta-se em bases científicas da teoria de neurofisiologia. Proporciona às grávidas uma preparação física e psíquica para o trabalho de parto e parto, não se limita a executar exercícios de ginástica nem a impor regras únicas, mas é aplicado de acordo com as capacidades de cada grávida e com recurso a uma linguagem única e inigualável (Freitas, 1998; Pereira, 2005).

Os reflexos são a resposta específica do organismo aos estímulos, podendo ser diferenciados em reflexos inatos (nascem com o indivíduo) e reflexos adquiridos (condicionados, que se formam com a aprendizagem, reflexos de Pavlov). Este método baseia-se em três aspectos principais: descondicionar os reflexos errados (negativos) e condicionar reflexos certos (positivos) para utilizar no trabalho de parto e parto, conhecendo e dominando melhor o corpo; preparar para a contração uterina ocupando o cérebro através dos centros frenadores, com a ajuda da respiração e do relaxamento e tornar conhecido o desconhecido, aumentando assim o limiar da sensibilidade à dor.

Segundo Bobak et al. (1999) e Pereira (2005) a preparação pelo método psicoprofilático prepara as mulheres para controlar a dor durante o trabalho de parto e parto, com recurso a técnicas de respiração/relaxamento e concentração. Este método não farmacológico utilizado por muitas grávidas, não é tão simples de realizar na prática como de descrever na teoria, visto o limiar da dor ser diferente de indivíduo para indivíduo. Além deste aspecto existem outros indicadores, como experiências anteriores negativas à dor, influências culturais e do próprio meio. Por outro lado, a dor é vivida de modo diferente em cada pessoa e em momentos diferentes pode ser vivenciada com intensidade variada, de acordo com vários factores. A possibilidade de vir a experimentar a dor induz o medo e a ansiedade, que levam muitas vezes a estados de descontrolo e pânico. Outro dos factores constrangedores é a fadiga e, como está referenciado na literatura, o trabalho de parto, no primípara, é longo e cansativo, podendo gerar desconforto e privação do sono, pelo que estes factores podem potenciar o círculo vicioso de dor exagerada.

Por outro lado, a ansiedade, o medo e a incerteza do momento, geraram um misto de preocupação e descontrolo que dificultam o domínio das técnicas (de respiração e relaxamento).

As grávidas, além da parte prática, adquirem conhecimentos teóricos sobre: o seu corpo, anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores; alterações físicas e emocionais que ocorrem durante a gravidez, mecanismos do método psicoprofilático; sinais e sintomas de trabalho de parto e parto e o processo de nascimento.

O método deve ser aconselhado a todas as grávidas, com início por volta das 28 semanas de gestação (7 meses), 2 a 3 vezes por semana. O número de secções pode variar de acordo com o terminus da gravidez, sendo considerado um recém-nascido de termo a partir das 37 semanas de gestação podendo alargar-se até às 42 semanas (Bobak et al., 1999).

Este curso é ministrado por enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia,

em todas as Instituições públicas e privadas que façam a vigilância pré-natal. Este método obedece a um esquema de integração que inclui as seguintes dimensões:

1ª Dimensão: Aprendizagem e treino de 3 tipos de respiração (Pereira, 2005):

- 1º Tipo - respiração lenta (entrada do ar pelo nariz e saída lenta pela boca);
inspira pelo nariz como se estivesse a cheirar uma flor e expira pela boca como se estivesse a soprar uma vela;
- 2º Tipo - respiração torácica rápida e superficial;
- 3º Tipo - respiração rápida (sopro da vela). Evitando que os movimentos respiratórios façam pressão sobre o abdómen.

A grávida precisa controlar a respiração durante todo o trabalho de parto. Sempre que há uma contração, o útero e outros órgãos, comprimem o bebé e o cordão umbilical. Estes exercícios deverão ser praticados durante a gravidez, durante as aulas de preparação para o parto. Sem uma prática constante, na altura certa, a respiração descontrola-se, fazendo o papel oposto do pretendido.

2ª Dimensão: Aprendizagem e treino de exercícios físicos (Pereira, 2005)

- Básculas da bacia: a mulher toma conhecimento do seu corpo, favorecendo a adaptação do feto ao espaço pélvico.
- Aprendizagem e treino de um esquema de erros: com o objetivo de tomar conhecimento do que está errado, levando-a a concentrar-se no que está certo. Conhecer os inconvenientes de tais atitudes durante o trabalho de parto e parto.
 - Concentração no relaxamento voluntário durante e contração, desviando toda a concentração para o relaxamento voluntário.

3ª Dimensão: Aprendizagem e treino do período expulsivo (saída do feto para o exterior).

Segundo Couto (2006), Pereira (2005) e Velho (2000), a grávida precisa de cuidados e de aprendizagem, porque tudo é novo e diferente.

Vantagens do método psicoprofilático

Durante o desenvolvimento fetal, o feto adapta-se à bacia e a toda a região abdominal da mãe. A preparação para o parto por este método, permite ao bebé uma boa oxigenação através da respiração da mãe e facilita a sua descida e a expulsão (Bobak et al., 1999; Pereira, 2005).

A grávida identifica e utiliza uma linguagem específica de acordo com o momento vivenciado de uma forma informada e consentida; identifica todas as fases do trabalho de parto e parto e aprende como participar ativamente no trabalho de parto; reduz ao mínimo a dor com recurso a uma respiração eficaz seguida de relaxamento; aprende técnicas de respiração e de relaxamento, durante as contrações uterinas e o momento do parto e pode evitar um parto medicalizado e instrumentado, adotando posições adequadas que ajudem no alívio da dor, e aprende a controlar a ansiedade e o medo através do relaxamento e da respiração;

A grávida sujeita a um programa de sessões de educação para a saúde, prepara a musculatura da região perineal para a hora do nascimento e aprende e treina o momento do período de expulsão, através de:

- Exercícios musculares sobre a musculatura abdominal, dorso - lombar e pélvica.
- Exercícios respiratórios que asseguram uma melhor oxigenação.
- Exercícios de descontração muscular que previnem a tensão neuromuscular.
- Exercícios de boa postura da grávida e do feto: básculas da bacia.
- Posições para estar durante o trabalho de parto e parto.

Uma boa preparação da mulher para o parto leva a um menor risco de infecção e menor intervenção do médico, reduzindo do número de cesarianas; a menos dias de internamento e à rápida recuperação para a mãe e para o filho, reduzindo custos.

A consciência do momento para o qual a mulher tem que estar preparada, é gerido e trabalhado em sala de preparação para o parto, onde tudo é simulado e ao mesmo tempo treinado. Nestas aulas, tanto teóricas como práticas, a presença do marido/companheiro é importante, este aprende e observa a mulher, compreende todo o desenrolar do trabalho de parto e parto e toma consciência da sua futura paternidade, vivendo junto com ela a gravidez, como sendo dos dois e não só dela. Este, ao estar presente no momento de trabalho de parto e parto pode colaborar com a mulher, recordando as técnicas (respiração; relaxamento; treino de posições para o trabalho de parto e período expulsivo), caso esta esteja descontrolada (Couto,

2003; Pereira, 2005).

A atividade física é aconselhada e promove na grávida a sensação de bem-estar. Ao tomar consciência do seu próprio corpo, a grávida consegue identificar e trabalhar individualmente a região do períneo através de alguns exercícios (Kegel). Este conhecimento adquirido para o trabalho de parto e parto, tem reflexos muito positivos para o parto e pós parto assim como, para a atividade sexual da mulher. Bobak et al.(1999) e Pereira (2005), por outro lado, reforçam que a grávida é aconselhada a intercalar a atividade física com períodos de repouso e relaxamento, sobretudo à medida que a gravidez avança, daí que na preparação para o parto por este método é aconselhado a posição de decúbito lateral, dado que esta promove a perfusão uterina e a oxigenação, ao diminuir a pressão sobre a veia cava ascendente, que causa hipotensão postural (Bobak et al., 1999).

Este curso de preparação para o parto pelo método psicoprofilático está inserido na preparação para a maternidade/parentalidade por ser um conceito mais abrangente que prepara as mulheres/casais /família para a maternidade (Couto, 2006). A preparação para o parto pelo método psicoprofilático, é assegurado na consulta de vigilância pré-natal pelo enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, de acordo com as suas competências, inscritas no artigo 4 da Diretiva n.º 80/155/CEE de 21 de Janeiro, que foram transpostas para o direito interno pelo Decreto-lei n.º 322/87 de 28 de Agosto. Quanto aos enfermeiros generalistas, colaboram na preparação das mulheres/casais /família para a maternidade, no que concerne ao aleitamento materno e cuidados ao recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 1999).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. Introdução

Neste capítulo, é referenciado o tipo de estudo pelo qual o investigador enveredou. Dividido em seis subcapítulos, descreve a metodologia da investigação realizada. Este estudo, concretiza o amadurecimento de uma ideia/propósito que é compreender junto das puérperas qual é a sua perceção sobre a realidade do que é “(re)educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária”, com o intuito de perceber o contributo deste método junto das puérperas primigestas, ou seja, sem experiência de parto anterior, que efetuaram preparação pelo método psicoprofilático, com as seguintes condições: ter passado pelo trabalho de parto; e ter terminado com o nascimento do bebé por parto eutócico. De seguida, faz-se uma descrição do estudo, onde se refere o desenho de investigação para esta problemática em concreto (3.2), procede-se à seleção e caracterização da amostra (3.3), segue-se a justificação da técnica de investigação (3.4), a elaboração e validação do instrumento de recolha de dados, de acordo com os objetivos delineados (3.5), descreve-se o método de recolha de dados escolhido (3.6) e termina-se com o tratamento e análise de dados (3.7).

3.2. Descrição do estudo

Esta preocupação de estudar mulheres na condição de puérperas que frequentaram aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, levou a que fosse delineado um desenho de investigação para obter respostas para os objetivos em estudo.

A gravidez e parto são temas de interesse público. Porém, uma grande parte das mulheres chega ao momento do parto sem qualquer aprendizagem específica sobre o trabalho de parto e parto. Esta investigação pretende, analisar os efeitos da preparação para o trabalho

de parto e parto pelo método psicoprofilático, procurando perceber junto das mulheres a sua percepção sobre a importância da preparação pelo método psicoprofilático para o parto e de que forma estas são capazes de reconhecer e aplicar este domínio do conhecimento e da linguagem em todo o desenrolar do terminus da gravidez.

Este desafio é tanto para as grávidas como para os profissionais, fazendo com que todo o seu processo esteja focado nelas como sendo as atrizes principais de todo o trabalho de parto e parto. Daí a opção por uma metodologia do tipo qualitativo, com recurso à entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados. Segundo Hicks (2006), “através deste tipo de investigação é possível obter perspectivas, descrições acerca de pontos de vista, opiniões, sentimentos e crenças de uma pessoa, dentro de determinados parâmetros” (p. 7). Através desta metodologia, foi possível estudar as pessoas no seu contexto natural, tratando-se de um trabalho de proximidade ativo, que permite o contacto com as pessoas, observar os seus comportamentos, sentir as emoções, os seus constrangimentos e ainda interpretar os acontecimentos.

A pesquisa qualitativa é holística e preocupa-se não só com as pessoas no seu todo mas também com tudo aquilo que a rodeia e com o seu ambiente, individualizando as suas complexidades. Ao optar-se por um estudo desta natureza, procurou-se conhecer e aprofundar algo, que dificilmente poderia ser quantificado, que são as vivências e os sentimentos individuais da grávida. Sendo um estudo qualitativo descritivo (Fortin, 1999), pretendeu-se perceber a problemática da preparação para o parto pelo método psicoprofilático. Assim, este estudo consiste em

...descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, em explicitá-la da forma mais fiel possível e em comunicá-la. O objetivo perseguido consiste, portanto, em conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que as vivem.” (Fortin, 1999, p.149)

Em síntese, foi realizado um estudo qualitativo descritivo, com aplicação de entrevista semiestruturada. Quivy e Campenhoud (1998), referem que a entrevista é uma técnica privilegiada, a qual facilita aos indivíduos a possibilidade de se exprimirem de forma clara e única, tornando a informação/colheita mais rica.

Foram entrevistadas puérperas internadas num serviço hospitalar da região norte de Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e 35 anos, que assistiram a aulas de preparação para o parto, tiveram parto eutócico e se encontram nos primeiros três dias de puerpério (tempo de internamento para o parto eutócico, nesta Instituição). A opção por esta região foi feita por conveniência da investigadora, dado esta estar a viver e a trabalhar nesta zona do país. As respostas das inquiridas foram gravadas, transcritas na íntegra e sujeitas a uma análise de conteúdo que permitiu obter os dados necessários para a consecução dos objetivos do estudo.

Para o efeito, as entrevistas foram precedidas de um consentimento para a sua realização, tanto da instituição em causa (Apêndice 2), como das puérperas que reuniam os critérios de inclusão para o estudo (Apêndice 3). O parecer da Comissão de Ética para a realização deste estudo encontra-se no anexo 1. A recolha da informação foi efectuada durante o mês de Maio/Junho de 2011.

3.3. Seleção e caracterização da população e amostra

Ao pensar neste estudo de investigação, foi definida como população, todas as puérperas, com idades compreendidas entre os 18 e 35 anos, sem patologia associada, que foram consideradas excluídas de gravidez de risco, que assistiram entre 10 e 16 aulas de preparação para o parto, com parto eutócico e que se encontrassem nos primeiros três dias de puerpério. Nesta definição de população, foi adotado o conceito de população de Hill (2000): “conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões” (p.41). Fortin (1999), acrescenta que este conjunto total de casos deve partilhar características comuns, estabelecidas por um conjunto de critérios definidos pelo investigador: “a amostra é um subconjunto da população (...) uma réplica em miniatura da população alvo” (p. 202).

A amostra é constituída por oito puérperas. Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes:

- não podiam ser surdas nem mudas, de forma a terem uma participação no estudo sem que houvesse barreiras na comunicação;
- terem assistido às aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, pois só assim podiam atribuir alguma importância às mesmas;

- estarem nos primeiros três dias de puerpério, para que a experiência fosse o mais recente possível, possibilitando assim um relato mais fidedigno do momento do parto e também porque, normalmente, após este período de tempo, já não se encontram internadas;
- o parto ter sido eutócico, pois é neste tipo de parto que implementam os conhecimentos adquiridos nas aulas de preparação para o parto, o que não se verificaria, por exemplo, numa cesariana;
- serem primigestas, ou seja, o primeiro filho, desprovida de experiência de parto anterior (Bobak et al., 1999);
- terem idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, uma vez que quando a gravidez ocorre numa idade não compreendida neste intervalo, é considerada gravidez de risco, o que poderia interferir no estudo.

A amostragem é de conveniência (Gall, Borg, & Gall, 2003; McMillan & Schumacher, 1997), isto é, o grupo de participantes foi selecionado para responder aos objetivos do estudo e estar acessível à investigadora.

A amostra deste estudo está descrita no quadro 4.

Quadro 4. Caracterização da amostra

Nº	Profissão	Habilitações Literárias	Estado Civil	Agregado Familiar	Idade	Altura	Aumento de peso gravidez	Método contraceptivo	Exercício físico antes gravidez	Nº de sessões de preparação
1	Técnica animadora num Centro de dia	Licenciatura	Casada	Marido/pai e irmão	29	1,68	19 Kg	Pílula	Hidroginástica: 2 H/semana	2x semana 16 Sessões
2	Fisioterapeuta	Licenciatura	Casada	Marido	27	1,72	10 kg	Pílula	Caminhadas Praticante remo	2x semana 18/19 Sess.
3	Professora	Licenciatura	Casada	Marido	34	1,63	26 Kg	Pílula	Não faz	10 Sessões
4	Bombeira profissional	12º Ano	União de facto	Marido	22	1,67	8,5 Kg	Pílula	Preparação física 2X semana	1X semana 13 Sessões
5	Engenheira de Minas Presidente de Junta	Licenciatura	Casada	Marido	29	1,64	14 Kg	Pílula	Sempre que podia	2X semana 24 Sessões
6	Funcionária de supermercado	12º Ano	União de facto	Marido	23	1,60	13 Kg	Pílula	Caminhadas	1x semana 13 Sessões
7	Educadora social	Licenciatura	Casada	Marido	32	1,60	12 Kg	Pílula	Patinagem	2Xsemana 18 Sessões
8	Enfermeira	Licenciatura	Casada	Marido	33	1,63	12 Kg	Pílula	Caminhadas	2x semana 16 Sessões

Das oito entrevistadas, seis tinham licenciatura e duas o 12º ano. Todas eram casadas excepto duas que viviam em união de facto, embora todas vivessem com o marido. As idades variaram entre os 22 e os 34 anos e todas usavam a pílula como método contraceptivo antes da gravidez. O aumento de peso durante a gravidez variou entre 8,5 kg a 26 kg.

Também se verificou que seis das oito entrevistadas praticavam exercício físico regularmente e fizeram entre 13 a 24 sessões de preparação para o parto e parto.

3.4. Seleção da técnica de investigação

A colheita de dados pode ser realizada de diversas formas, cabendo ao investigador o dever de seleccionar o melhor método/instrumento de acordo com o tipo de estudo que quer efetuar, de forma a atingir os seus objetivos. Para Bogdan e Biklen (1994), na investigação qualitativa, a fonte direta de dados é o ambiente natural e os dados recolhidos, são em forma de palavras ou imagens e não de números. Neste tipo de estudo, é atribuída maior relevância ao processo do que simplesmente aos resultados, sendo os dados analisados de forma indutiva. Os investigadores qualitativos abordam o mundo de forma minuciosa, examinando-o com a ideia de que nada é trivial (Bogdan & Biklen, 1994).

Com o objetivo de dar oportunidade às puérperas para narrarem as suas experiências e o compreender o significado que lhes atribuem, optou-se pela técnica de inquérito por entrevista, uma vez que, desta forma, se recolheram “dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver indutivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam os aspectos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134). Ao optar-se por este instrumento de recolha de dados, o investigador entrevistou as puérperas de acordo com os objetivos delineados, deixando a entrevistada falar abertamente, com recurso a uma linguagem acessível (Quivy & Campenhoud, 2003).

Segundo Bogdan e Biklen (1994),

Uma entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, (...) dirigida por uma das pessoas, com o objetivo de obter informações sobre a outra. No caso do investigador qualitativo, a entrevista surge com um formato próprio (...) é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.” (p.134)

3.5. Elaboração e validação do instrumento de investigação

A entrevista elaborada neste estudo para atingir os objectivos inicialmente definidos, foi uma entrevista semiestruturada, cuja planificação do protocolo da entrevista se encontra esquematizado no quadro 5.

Quadro 5. Estrutura do protocolo da entrevista

Área de análise	Objectivos	Questões
I- Caracterização da amostra	1. Identificar os dados sociodemográficos da grávida	I-1, I-2
	2. Caracterizar as grávidas em relação aos dados obstétricos e ginecológicos	I-3, I-4, I-5, I-6
II- Trabalho de parto e parto	3. Caracterizar as percepções das puérperas sobre o trabalho de parto e parto, os seus factores facilitadores e constrangimentos.	II-1.1, II-1.2, II-1.3, II-1.4, II-2.1, II-2.2
	4. Averiguar as percepções das puérperas sobre os contributos do método psicofilático para o trabalho de parto e parto.	II-1.5, II-2.3, II-2.4
	5. Averiguar as percepções das puérperas sobre o suporte dado pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto	II-2.5, II-2.6
III- Aulas de preparação para o parto	6. Identificar os conhecimentos que as puérperas adquiriram nas aulas de preparação para o parto pelo método psicofilático.	III-1.1, III-1.2, III-1.3, III-1.4
	7. Descrever a opinião das puérperas sobre a organização das aulas e o profissional que as leccionou	III-2.1, III-2.2, III-2.3, III-2.4
	8. Averiguar as percepções das puérperas sobre as aulas de preparação para o parto pelo método psicofilático.	III-3.1, III-3.2, III-3.3, III-3.4, III-3.5, III-3.6
	9. Descrever as perspectivas das puérperas para o futuro em relação às aulas de preparação para o parto.	III-3.7, III-3.8, III-3.9

O protocolo está dividido em três áreas de análise. A primeira visa fazer a descrição da amostra entrevistada, a nível das suas características sociodemográficas e dados obstétricos e ginecológicos. A segunda parte da entrevista visa analisar as percepções das puérperas a nível da sua vivência do trabalho de parto e parto. A terceira e última parte da entrevista procurou recolher os conhecimentos das grávidas sobre o que aprenderam nas aulas de preparação para o parto sobre a método psicofilático e quais as suas percepções e opiniões sobre essas aulas e sobre o método.

O primeiro protocolo da entrevista foi analisado por uma enfermeira especialista em

saúde Materna e Obstetrícia, por uma docente do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e ainda por dois especialistas em educação para a saúde da Universidade do Minho.

A versão final utilizada para este estudo encontra-se validada, não só por esses especialistas mas também pela sua aplicação a duas puérperas, que não fizeram parte do estudo final. Após as reformulações sugeridas pelos especialistas e a adequação de algumas questões à linguagem dos entrevistados, definiu-se a estrutura final do protocolo da entrevista e o protocolo de entrevista que se encontra no apêndice 1.

3.6. Método de recolha de dados

Ao proceder à recolha de dados, foram tidas algumas considerações éticas. Segundo Fortin (1999), existem cinco princípios éticos ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos em investigação, que são: o direito à auto-determinação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; e o direito a um tratamento justo e leal.

Para Fortin (1999), o direito à autodeterminação, baseia-se no respeito pelas pessoas. Este princípio foi garantido pelo investigador através da explicação fornecida às puérperas sobre os objetivos da entrevista. Desta forma, as mesmas tinham autonomia para decidirem sobre a sua participação no estudo. A autorização para o uso dos dados recolhidos pelo investigador foi confirmada pela assinatura do documento de consentimento por parte das puérperas.

O direito ao anonimato e à confidencialidade baseia-se no facto das respostas não poderem ser associados ao sujeito (Fortin, 1999). Desta forma, as puérperas foram informadas que todos os dados eram confidenciais.

Por fim, o direito ao tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999), foi garantido pelo investigador ao utilizar o mesmo tratamento com todas as puérperas, ou seja, todas foram informadas acerca da natureza, duração e metodologia utilizada no estudo. A todas as puérperas foi dada a oportunidade de desistir da participação.

As entrevistas foram realizadas pelo investigador de acordo com a vontade, disponibilidade e hora definidas, previamente, pelas puérperas, isto sem prejuízo para o serviço de internamento (respeitando as dinâmicas de funcionamento, tais como visita médica e cuidados ao recém - nascido), bem como para os seus familiares.

3.7. Tratamento e análise de dados

Segundo Gall, Borg e Gall (2003), todas as entrevistas devem ser transcritas na íntegra. Assim, depois de serem transcritas, as entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo. Segundo Bardin (1988), a análise de conteúdo “...é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (p.42). Após uma leitura de todas as entrevistas, procedeu-se à definição das categorias e subcategorias emergentes (Gall, Borg, & Gall, 2003). Posteriormente, foi feita uma síntese descritiva para cada uma dessas categorias e apresentados excertos das referidas entrevistas para as clarificar.

O “corpus” de análise é constituído por oito entrevistas semiestruturadas a puérperas que se encontravam internadas, recorrendo à sua gravação para possibilitar a sua análise mais detalhada. Este processo de análise e de interpretação de dados conduziu a sucessivos ensaios com avanços e recuos, revendo-se e analisando-se os resultados que se iam obtendo, tendo por base os objetivos do estudo.

Os dados, depois de tratados e analisados, são apresentados em tabelas, a partir das quais se fez a análise, interpretação e discussão em texto narrativo, por se tratar de um estudo qualitativo.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Introdução

Este capítulo, após esta breve introdução, está estruturado em três subcapítulos. No primeiro, faz-se a apresentação e discussão dos resultados sobre a percepção das puérperas acerca do trabalho de parto e parto, os seus factores facilitadores e constrangimentos (4.2). No segundo subcapítulo, apresenta-se a discute-se a percepção das puérperas sobre os contributos do método psicoprofiláctico para o trabalho de parto e parto (4.3). No terceiro e último subcapítulo, caracterizam-se os conhecimentos que as puérperas adquiriram nas aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico e a sua opinião sobre as aulas de preparação para o parto através do método psicoprofilático (4.4).

4.2. Percepção das puérperas sobre o trabalho de parto e parto

Todas as puérperas que participaram nesta investigação mostraram-se muito colaborativas ao narrar o que fizeram/vivenciaram, sentiram e pensaram durante o trabalho de parto e parto. A tabela 1, sintetiza as recordações principais que emergiram sobre o momento em que se aperceberam que estavam a entrar em trabalho de parto.

A entrada no trabalho de parto está fundamentalmente associada às contrações (n=6) regulares (n=2) e intensas (n=4) e à dor (n=5) frequente (n=2) e forte (n=3). As entrevistadas descreveram assim esses momentos:

Olhando para estes momentos as dores alertaram-me, estas começaram de 10 em 10 minutos, pelo que achei que já estava na hora de ir para o hospital. (...) Quando vi que tinha dores e eram de 10 em 10 minutos, eram muito frequentes, vim para o hospital. (...) Começou-me a doer no fundo da barriga, cada vez as dores eram mais fortes e mais frequentes. (Ent. P1); (...) foi

doloroso, bastante doloroso. (Ent. P2); (...) as dores (...). (Ent. P4); (...) dor muito forte. (Ent. P5); (...) algumas dores. (Ent. P6).

Tabela 1. Perceção das puérperas relativo à entrada no trabalho de parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
Dor									
Frequente		✓		✓					2
Forte			✓		✓	✓			3
Perda de águas		✓		✓			✓		3
Contrações									
Regulares				✓	✓				2
Intensas		✓			✓	✓		✓	4
Perda do rolhão mucoso			✓						1
Barriga dura					✓	✓			2
Final do tempo gestacional		✓				✓			2
TOTAL	1	4	1	3	4	4	1	1	19

P- Puérpera

Três puérperas refiram que um dos sinais da entrada no momento de parto, foi a perda de águas (Ent. P2, P4 e P7): “Rebentaram-me as águas, estava em casa e disse ao meu marido, que estava a sair para o trabalho, que era a hora de ir para o hospital” (Ent. P7).

Uma das puérperas recordou a perda do rolhão mucoso como um sinal de alerta, dizendo “pelas contrações, bem inicialmente pela perda do rolhão mucoso, depois pelas contrações cada vez mais regulares” (Ent. P3), e duas referiram a barriga dura (Ent. P5 e P6): “Porque além de sentir as contrações, senti algumas dores e a barriga a ficar dura. Sabia que estava no final do tempo, logo seria a hora de sair cá para fora” (Ent. P6).

Duas puérperas, descreveram muito pormenorizadamente esta fase que identifica os sinais de início de trabalho de parto (Ent. P2 e P5).

Eu como estava a chegar perto das 40 semanas, foi parto induzido. Foi tudo normal, rebentaram-me as águas, depois de provocarem, depois vieram as contrações, cada vez mais intensas e foi tudo muito rápido. Como era o primeiro filho e eu queria experimentar, embora não possa dizer que foi fácil, foi doloroso, bastante doloroso, mas pronto como era o primeiro eu queria experimentar como era o parto natural. (Ent. P2)

Comecei com algumas contrações mas eram indolores e não tinha grande dor, sentia que a barriga realmente ficava mais dura e no sábado a partir das 15h começou a dar-me umas dores muito fortes no fundo da barriga e começou a ser intercalado com dores de rins. Como o espaçamento entre elas começou a ser muito reduzido aí percebi logo que estava prestes para ter a bebé. Falei com o meu marido e esperei, tentei ver se realmente o intervalo entre as contrações

começava a ser mais diminuído e assim comecei a ter contrações cada vez mais fortes ainda em menos tempo possível. (Ent. P5)

De acordo com Bobak et al. (1999), o trabalho de parto estende-se, desde a dilatação do colo do útero à progressão do feto através do canal de parto. Acompanha-se de contrações coordenadas, involuntárias, progressivamente mais intensas e frequentes, que levam à descida da apresentação, ao apagamento e dilatação do colo. As puérperas descrevem os sinais de trabalho de parto, referindo-se aos mesmos da seguinte forma: contrações uterinas, com intervalos de dez minutos, em que a barriga fica dura e, progressivamente, tornando-se mais intensas acompanhadas de dor forte; expulsão do rolhão mucoso, que consiste na eliminação de muco gelatinoso pela vagina; e a rotura da bolsa de águas, que é a perda de líquido amniótico pela vagina.

A percepção das puérperas sobre as estratégias utilizadas na entrada no trabalho de parto foi principalmente reconhecer e identificar os sinais de trabalho de parto e dirigirem-se ao hospital (n=5), outras recorreram ao marido (n=5), outras informaram a família (n=1) e também referem que controlaram com a respiração (n=3). É de salientar que quatro fizeram analgesia por epidural e quatro não recorreram a analgesia por epidural.

A tabela 2 resume as estratégias utilizadas pelas puérperas, na entrada no trabalho de parto. Cinco das entrevistadas (Ent. P1,P3,P6,P7 e P8) recorreram fundamentalmente ao marido e dirigiram-se para o hospital.

Vim para o hospital, procurando pedir ajuda ao meu marido e procurei informar a minha família. (Ent. P1); A ajuda que tive foi do meu marido. (Ent. P3); Falei com o meu marido e fui para o Hospital. (Ent. P6); Disse ao meu marido que estava a sair para o trabalho que era a hora de ir para o hospital. (Ent. P6); Fui para o hospital, liguei ao meu marido e ele acompanhou-me. (Ent. P8).

As entrevistadas P2, P6 e P8, citaram a respiração como estratégia: “procurei controlar a respiração” (Ent. P2); “fiz exercícios com a respiração” (Ent. P6); “Quando vieram as contrações, fiz os exercícios que me foram ensinados nas aulas de preparação para o parto, como a respiração controlada pausadamente tentava-me controlar, depois fui para o Hospital, liguei ao meu marido e ele acompanhou-me”. (Ent. P8)

Tabela 2. Percepção das puérperas sobre as estratégias utilizadas na entrada no trabalho de parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
<i>Estratégias utilizadas pela grávida</i>									
Recorreu ao marido	✓		✓			✓	✓	✓	5
Informou a família	✓								1
Controlou a respiração		✓				✓		✓	3
<i>Estratégias de acompanhamento</i>									
Foi para o hospital	✓				✓	✓	✓	✓	5
Foi para casa			✓						1
Ficou internada				✓					1
Fez parto induzido		✓				✓			2
<i>Epidural</i>									
Fez epidural				✓	✓	✓		✓	4
Não fez epidural	✓	✓	✓				✓		4
TOTAL	4	3	3	2	2	5	3	4	26

P- Puérpera

De acordo com as narrações das puérperas ao descreverem as estratégias utilizadas na entrada no trabalho de parto, Bergstrom et al. (2009) e Karmel (2005), referem que o método de preparação para o parto pelo método psicoprofilático proporciona à mulher/casal os conhecimentos necessários, visando colaborar no processo normal do trabalho de parto, de modo a que a grávida retenha o autocontrole e ambos participem ativamente no nascimento do filho.

A análise dos dados evidencia que o recurso à epidural foi uma estratégia para quatro puérperas.

Na sala de parto perguntaram se queria levar a epidural, eu optei por levar, as dores desapareceram por completo, por volta das 22h45 tive o menino. (Ent. P4)

Depois ligaram-me a epidural. Enquanto esperava pela epidural fui respirando como me tinham ensinado, entrava o ar pelo nariz como se fosse a cheirar uma flor e saía pela boca como se apagasse a chama de uma vela. (Ent. P6)

Após o cateter da epidural ter-se deslocado a equipa decidiu ou eu descia para cesariana ou iria fazer parto normal, como me avaliaram ao puxar os meus exercícios disseram que eu tinha condições de fazer uma expulsão correta e não havia necessidade de descer, então eles fizeram a tentativa com ventosa e eu fiz mesmo, puxei segundo eles eficazmente e consegui fazer o parto normal. (Ent. P8)

Por outro lado, das oito puérperas entrevistadas, quatro não recorreram à analgesia por epidural e durante a entrevista nem valorizaram esta estratégia.

Duas das entrevistadas descreveram assim a sua opção:

Como era o primeiro filho e eu queria experimentar, embora não possa dizer que foi fácil, foi doloroso, bastante doloroso, mas pronto como era o primeiro eu queria experimentar como era o parto natural. (Ent. P2)

(...) isso facilitou o nascimento e, por isso, também não foi preciso a epidural (Ent. P7).

Como se pôde constatar através da revisão de literatura, Macfarlane (1992), refere que além do controlo farmacológico da dor através de analgesia por epidural, existe também o controlo não farmacológico do desconforto, como os métodos de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, com as técnicas de respiração e relaxamento, que ajudam a mulher a controlar a dor durante o trabalho de parto e parto. Segundo Bobak et al. (1999), quando a mulher está grávida deve pensar e decidir sobre o local onde o seu filho vai nascer, parto no hospital, parto numa clínica, ou outro, devendo visitar o bloco de partos na instituição que escolheu para nascer o seu bebé. A maioria dos hospitais fornece panfletos com informação detalhada sobre onde dirigir-se quando se inicia o trabalho de parto e sobre as normas hospitalares (horário das visitas, número de visitantes). Alguns hospitais organizam visitas prévias à instituição (Pereira, 2005).

Na tabela 3, as puérperas descrevem as percepções sentidas no momento do parto/nascimento do filho.

Tabela 3. Percepção das puérperas sobre o momento do parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
<i>Estratégias utilizadas pela grávida</i>									
Controlou a respiração	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Fez o puxo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Sentiu dores muito fortes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
No final não tinha força, estava muito cansada					✓				1
Queixou-se bastante	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Teve uma participação muito ativa no parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Tentou aplicar tudo o que sabia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Não teve dúvidas sobre o que deveria fazer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Estava na expectativa para saber como era o bebé	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Estava nervosa, com stress	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Logo que teve o bebé queria levantar-se porque se sentia bem		✓							1
<i>Estratégias de acompanhamento</i>									
Foi para a sala de parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Fez epidural				✓	✓	✓		✓	4
Foi usada ventosa								✓	1
Deram conselhos sobre a posição do corpo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Deram conselhos sobre o controlo da respiração	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Deram conselhos para se acalmar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Os profissionais estiveram sempre presentes quando precisou	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Colocaram o recém-nascido logo em cima da mãe		✓							1
TOTAL	14	16	14	15	16	15	14	16	120

O efeito inesperado e de surpresa de conhecer o filho, faz com que este momento seja inesquecível. Kitzinger (1978), aborda o nascimento de um filho como algo que não se repete, diz que todas as mulheres vivenciam esse momento de uma forma diferente. Ser mãe pode ser uma experiência dolorosa, perigosa, aliciante, satisfatória e muito importante enquanto objetivo pessoal, familiar e social. O que, na verdade, se verificou nas puérperas entrevistadas, todas elas salientam o seu parto como sendo único, diferente e o culminar de toda a gravidez.

Todas as entrevistadas descrevem o parto com entusiasmo. Na tabela verifica-se que há uma uniformidade de linguagem e comportamento no momento de parto. Algumas descreveram assim este momento:

O que mais facilitou foi ter aprendido como respirar. (...) o não saber o que esperava, se o bebé estava perfeito foi o que mais me dificultou pelo facto de me aumentar muito a ansiedade (...) as dores são muito fortes. Eu pelo menos achei que eram muito fortes e como não tinha qualquer analgésico por assim dizer, tentei fazer a respiração mas às vezes a vontade de gritar era mais forte, mas sempre que as enfermeiras e as auxiliares e o meu marido, que também assistiu, o próprio Sr.Doutor diziam-me para respirar e eu tentava ao máximo aplicar aquilo que aprendi, o cheirar uma flor e apagar uma vela, para poder por esta menina cá fora. (...) Passei logo para a sala de partos e esperei pelo anestesista para levar a epidural porque foi a minha opção e, depois de ter levado a epidural, fui tendo as contrações mais seguidas e tentei sempre controlar com a respiração, o que me ajudou bastante. Depois, eram mais ou menos 20h15 quando levei a epidural, cerca das 23h15 comecei a ter uma vontade de puxar e já tinha a dilatação completamente feita e a partir daí foi para o período expulsivo. Na fase em que tive que começar o puxo, foi realmente um bocado cansativo (...). (Ent. P1)

Mas mal tive a bebé já me queria levantar, estava ótima, sentia-me muito bem. Sim, foi como eu idealizei mesmo, eu fiz dilatação total, fizeram-me episiotomia, a bebé nasceu, pronto começou logo a chorar puseram-na logo em cima de mim. (...) Sim, facilitaram porque a nível respiratório a gente aprende muito, para mim o mais importante foi mesmo no período expulsivo, porque uma pessoa direciona a força no período expulsivo para sítios diferentes e a mim ajudou-me bastante, tanto que eu no período expulsivo só puxei duas vezes e a bebé saiu logo. (Ent. P2)

É assim, como foi o primeiro, eu digo que no primeiro nós vimos sempre de ânimo leve porque não sabemos para o que vimos e mesmo relativamente à epidural, como me andei a informar e sei dos “contras” da epidural, em princípio até gostaria de ter feito o parto como o fiz, mas agora, vendo bem as coisas e que as dores foram muitas, talvez a epidural me tivesse ajudado. Mas também dizem que muitas das vezes a epidural não surte efeito, por isso foi custoso mas já

passou, tive uma participação bastante ativa, porque tinha que respirar, eu tinha que puxar, ou seja, estava a sentir ali tudo em directo e bem. Eu acho que naquele momento não dá para ter dúvidas, acho que naquele momento é tentar aplicar tudo, tentar controlar o nosso corpo que também é uma das coisas que nos ensinam ou contrair a mão direita, contrair o pé esquerdo, fazer aquela alternância para nós tentarmos controlar o nosso corpo na altura, e fazer aquilo que nos mandam e não aquilo que nos apetece. Relativamente a quando me mandavam puxar embora eu tivesse, por exemplo, vontade de puxar em vários momentos, eu só podia puxar mesmo quando eles me disseram para puxar, porque eu sabia que não era de ânimo leve que se faz uma coisa dessas, estava em risco a vida de uma criança. (Ent. P3)

Para Bobak et al. (1999), são necessárias aulas de preparação para o parto. A aprendizagem e treino ao longo do segundo e terceiro trimestre da gravidez faz com que estas grávidas adotem comportamentos de segurança e confiança em todo o desenrolar do trabalho de parto e parto, verbalizando saberes adquiridos e conhecimentos confortantes, aplicando-os no momento certo, tanto para elas como para a equipa do bloco de partos, obedecendo a comandos de ordem que são para cumprir.

Pereira (2005), acrescenta ainda que garantir a preparação para o parto às mulheres grávidas, é contribuir com um nível de conhecimento e aprendizagem para o trabalho de parto e parto, pelo qual todas vão ter que passar para levar a sua gravidez até ao fim. Este conhecimento que, de forma repetitiva, ao longo de semanas, leva estas mulheres a dominarem e conhecerem o seu corpo, recorre a uma linguagem específica que a grávida utilizará no momento do parto, fazendo assim parte de uma equipa onde elas têm o papel principal.

Também Rochetta (1992), refere que tem que haver um grande empenho, tanto por parte das mulheres, como do profissional de saúde. Com recurso a uma linguagem específica, é necessário proporcionar uma aprendizagem de acordo com as circunstâncias, treinar exercícios físicos, de respiração e de relaxamento e conduzi-la até ao momento de parto, como se o parto fosse em parte já treinado enquanto frequentou as aulas de preparação para o parto.

A tabela 4 ilustra a percepção da puérpera sobre o nascimento do bebé, assim como manifestações de sentimentos vividos. De uma maneira geral, todo o ambiente que rodeou estas puérperas durante o trabalho de parto e parto, foi de encontro às suas expectativas. As puérperas sentiram autoconfiança e satisfação pessoal, como refere a Ent. P1:

estava preparada para o que ia acontecer, embora como já disse antes sempre na expectativa de como era o meu bebé (...) Alívio. Uma pessoa às vezes pensa que quando chegar a hora não vai

conseguir fazer nada nem se vai lembrar, mas lembrei-me. Estava um bocado nervosa mas sem medo, pois estava preparada. (Ent. P1).

Tabela 4. Perceção das puérperas sobre o nascimento do bebé

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
<i>Em relação ao momento que estava a viver</i>									
Repleta de expectativas sobre o que estava a acontecer	✓								1
Momento de acordo com o idealizado		✓						✓	2
Momento de dor intensa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Momento de felicidade	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Momento difícil									
<i>Em relação aos sentimentos sobre o filho que estava a nascer</i>									
Alívio	✓								1
Misto de sentimentos		✓							1
Alegria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
TOTAL	5	5	3	3	3	3	3	4	29

P- Puérpera

Para Kitzinger (1996), o nascimento significa dar à luz uma criança, com o surgimento de um novo membro na família. A diáde mãe-filho, é neste momento separada pelo corte do cordão e passam a ser duas pessoas autónomas. Os sentimentos relatados na participação no momento do parto resultam da preparação da mulher/casal para o parto. Estes conhecimentos, necessários e corretos, ajudaram as puérperas a participar e a colaborar no parto eutócico/normal, fomentando o autocontrolo e participação ativa no nascimento do filho, reduzindo assim o medo do “sofrimento” que as amedronta. O método psicoprofilático de preparação para o parto procura minimizar na mulher o aspecto dramático do parto, criando situações psíquicas de serenidade (Burroughs, 1995).

A tabela 5, mostra o desempenho dos profissionais de saúde na perspectiva das puérperas, onde todas referem que os profissionais de saúde, estiveram sempre presentes, eram amáveis e simpáticos, flexíveis e muito experientes. Algumas das entrevistadas descrevem assim o desempenho:

Mas posso dizer-lhe que os profissionais estiveram sempre presentes quando precisei. Estavam sempre a dar conselhos, como é que me havia de pôr e como havia de respirar, às vezes uma pessoa começa a ficar um bocado nervosa, stressada e eles tentavam acalmar sempre, sem dúvida. (...) A vontade de gritar era mais forte, mas sempre que as enfermeiras e as auxiliares e o meu marido que também assistiu, o próprio Sr. Doutor diziam-me para respirar e eu tentava ao máximo aplicar aquilo que aprendi (...). Tentaram sempre tranquilizar-me e dizer que estava na hora “vamos lá puxar”, “está na hora”, ajudaram-me bastante, não tenho queixa. (Ent. P1)

A enfermeira, acho que neste momento está a dar aulas de preparação para o parto, portanto é uma profissional já bastante experiente (...) as enfermeiras disseram que eu tinha controlado bem a respiração e assim o trabalho de parto foi rápido. Isso facilitou o nascimento (...). (Ent. P7)

Tabela 5. Perceção das puérperas sobre o desempenho dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
Estavam sempre presentes quando necessário	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Eram sempre amáveis	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Eram flexíveis	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Eram experientes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
TOTAL	4	4	4	4	4	4	4	4	32

P- Puérpera

As citações das puérperas durante as entrevistas vão de encontro à revisão da literatura. O desempenho dos profissionais alicerça-se em competências e deveres quer com a profissão, em estreito respeito pelos colegas e pelo grupo socioprofissional em que está inserido, quer para com as utentes, pelo conjunto de cuidados de que podem usufruir e que deles necessitam (Franco, 1998).

É na assistência ao parto, em contexto hospitalar, que o enfermeiro especialista detém um âmbito de intervenção único, com um leque de atividades que pressupõe competências de índole técnico-científico, sócio-relacional, crítico-reflexivo e ético-deontológico que lhe permitem o acompanhamento especializado da mulher/família, sendo que o parto é um momento de ansiedade, quer para a mulher /família, quer para os profissionais (Bobak et al., 1999).

Na tabela 6, as entrevistadas lembraram as ajudas dadas pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto.

Tabela 6. Perceção das puérperas sobre o apoio proporcionado pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
Ensinaam a controlar a respiração	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Ensinaam a fazer o puxo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Acalmaram	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Deram reforço positivo quando estavam a executar bem a técnica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
TOTAL	4	4	4	4	4	4	4	4	32

P- Puérpera

Todas as puérperas que participaram nesta investigação mostraram-se muito reconhecidas pelo trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde, quer durante o trabalho de parto, quer no parto.

Segundo Meirinho (2000, cit. Couto, 2003), o papel fundamental do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetria, é acompanhar a mulher grávida durante a consulta e estar presente no momento do parto, quebrando a ansiedade e os medos naturais da grávida, conseguindo-se isso através da empatia e da simpatia.

As puérperas deste estudo narraram que os profissionais de saúde as ensinaram a controlar a respiração, a fazer o puxo no momento do parto, as acalmaram nos momentos de maior ansiedade e proporcionaram reforço positivo quando estavam a executar bem a técnica dos exercícios em que questão. Daí, a uniformidade das narrativas apresentadas na tabela nas oito entrevistadas. Três das entrevistadas falaram assim sobre esse assunto:

Porque sabendo aquilo que possivelmente irá acontecer e como temos que proceder mediante as coisas que vão aparecendo, vamos também facilitando e o feedback entre nós e elas é muito maior. (Ent. P2)

Eu não tinha imaginado sinceramente, queixei-me bastante, dizia que já não tinha força porque estava muito cansada. A respiração mais uma vez. Inspirar pelo nariz e expirar pela boca. Viram que eu estava a fazer bem o puxo e disseram “continue que assim está a ajudar bastante o seu bebé e a si própria. (...) Eu considerei que eles iam ajudar, ainda para mais como era o primeiro parto, mas nunca pensei que fossem umas pessoas tão presentes que nos pusessem tão à vontade para nos sentirmos livres para conseguir. (Ent. P6)

Foi a aproximação com o momento do parto, a realidade, a expectativa que ela deu e uma esperança positiva que ia correr tudo bem, incutiu-me confiança, esclareceu-me em alguns receios que eu tinha, nomeadamente na epidural, foi um dos receios que tinha e em termos de trabalho para o parto ela preparou-me muito bem e gostei realmente de tudo. Foi muito útil na hora do trabalho de parto foi imprescindível e foi muito utilizada a parte da respiração, usei as técnicas de relaxamento e as técnicas de posicionamento ensinadas durante as aulas e foi muito útil. (Ent. P8).

Segundo Bobak et al. (1999), durante a vigilância da gravidez, as relações enfermeiro – grávida, bem como médico – grávida, são determinantes no estabelecimento de interações futuras, como trabalho de parto e parto. As técnicas de escuta ativa, toque, e a utilização do contacto visual devem ser utilizadas, bem como o reconhecimento dos sentimentos da mulher.

O enfermeiro especialista, na prestação de cuidados durante o trabalho de parto, valoriza o comportamento da mulher/marido, atribuindo ao parto o cariz fisiológico/natural que o caracteriza.

Este acompanhamento e vigilância são identificados por todas as puérperas entrevistadas. Além deste processo fisiológico, o trabalho de parto e parto representa para a mulher/marido uma experiência repleta de sensações, emoções e sentimentos únicos que prevalecem para sempre.

A tabela 7 sintetiza as recordações principais que emergiram das entrevistas sobre os factores facilitadores e constrangedores do trabalho de parto e parto.

Tabela 7. Percepção das puérperas sobre os fatores facilitadores e constrangedores do trabalho de parto e parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
<i>Factores facilitadores</i>									
Ter aprendido a respirar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Saber fazer o puxo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Ter feito epidural				✓	✓	✓		✓	4
Acompanhamento contínuo dos profissionais de saúde									
Ter tido aulas de preparação para o parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
<i>Factores que dificultaram</i>									
Incerteza do momento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Ansiedade	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Dores	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
A dificuldade em controlar a respiração		✓	✓	✓	✓		✓	✓	6
A dificuldade em controlar o corpo para fazer o puxo								✓	1
TOTAL	6	7	7	8	8	7	7	9	59

P- Puérpera

Na sua maioria, as puérperas entrevistadas valorizam a respiração e o puxo no período expulsivo, como fator facilitador, e a dor e a ansiedade, como factor constrangedor. Durante o desenvolvimento fetal, o feto adapta-se à bacia e a toda a região abdominal da mãe. A preparação para o parto por este método permite ao bebé uma boa oxigenação através da respiração da mãe e facilita a sua descida e a expulsão (Bobak et al., 1999; Pereira, 2005). Abaixo apresentam-se alguns excertos das entrevistas que descreveram esses fatores:

O que facilitou foi as aulas de preparação para o parto. O que dificultou foi ter dores (...) ansiedade pelo próprio momento. (Ent. P2)

É assim, embora nós nas aulas de parto aprendamos sobre a respiração, qual o tipo de respiração a fazer nas primeiras contrações depois naquelas mais fortes e realmente ajuda. Ajuda no sentido

em que permite oxigenar a bebé, sei que muitas das vezes nós por muito que pensemos, nunca estamos preparados porque as dores são muito fortes. (Ent. P3)

Facilitou o facto de ter feito a epidural e ter algum conhecimento, a maior dificuldade foi controlar as dores e a respiração. (Ent. P4)

O mais difícil foi controlar a dor antes do epidural, mas depois as contrações eram menos dolorosas e com a ajuda da respiração e do relaxamento fiquei melhor. (Ent. P5)

Foi complicado porque tinha muitas dores, depois o que me ajudou mais foi conseguir respirar profundamente e expirar pela boca, facilitou-me muito mesmo para as contrações serem mais suaves digamos assim. Foi graças às aulas que lá tive que soube respirar em condições para poder facilitar as dores. (Ent. P6)

Foi tudo tão rápido que as enfermeiras disseram que eu tinha controlado bem a respiração e assim o trabalho de parto foi rápido. Isso facilitou o nascimento e por isso também não foi preciso a epidural. (Ent. P7)

Foi muito benéfico o que aprendi, porque teve que ser por ventosa porque realmente foi um trabalho de parto longo. (Ent. P8)

Estes sentimentos vivenciados pelas puérperas, vão de encontro à revisão da literatura. Segundo Macfarlane (1992), a dor e desconforto durante o trabalho de parto, são factores geradores de ansiedade e medo para a grávida, embora, hoje em dia, já não exista necessidade de enfrentar o parto com dor, visto existirem recursos que ajudam a combater o desconforto sentido no trabalho de parto. Além do controlo farmacológico da dor através de analgesia por epidural e anestesia, existe também o controlo não farmacológico do desconforto, como os métodos de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, com as técnicas de respiração e relaxamento, que ajudam a mulher a controlar a dor durante o trabalho de parto e parto, participando ativamente no nascimento de seu filho.

A preparação para o parto pelo método psicoprofilático, segundo Soares (1994), é conhecida por parto preparado e controlado e, segundo Rezende (1991), este método constitui-se como um método de educação psíquica e física através de informações corretas e de uma linguagem própria sobre os comportamentos durante o trabalho de parto e parto. Estas informações visam reconduzir a gestante ao normal equilíbrio emocional, com vista a disciplinar o seu comportamento, com manifestas vantagens sobre o momento do parto, permitindo um clima de tranquilidade, confiança e combate do medo.

Na mesma linha pensamento, para Couto (2003, 2006), a preparação para o parto é vista como um meio para alcançar algo. Esta preparação deverá ser um momento dedicado à

prática/treino constante. O objetivo é proporcionar às mulheres o domínio de técnicas (respiração, relaxamento, concentração e posições) que estas possam utilizar na sala de partos.

4.3. Perceção das puérperas sobre os contributos do método psicoprofilático no trabalho de parto e parto

Todas as puérperas que participaram nesta investigação, descreveram a utilidade do método psicoprofilático no trabalho de parto e parto (Tabela 8).

Tabela 8. Perceção das puérperas sobre a utilidade do método psicoprofilático no trabalho de parto e parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
<i>Factores técnicos</i>									
Ensina a reconhecer a entrada no trabalho de parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Ensina o que fazer quando se entra em trabalho de parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Prepara para a dilatação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Ensina a controlar a dor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Ensina a controlar a respiração	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Ensina a fazer o puxo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
<i>Factores psicológicos</i>									
Proporciona segurança	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Capacita para agir na preparação para o parto e parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
TOTAL	8	8	8	8	8	8	8	8	64

P- Puérpera

Algumas entrevistadas, como a P1, fizeram descrições muito completas sobre a forma como aplicaram as técnicas que aprenderam durante a preparação para o parto e parto.

Prepara-nos para todos os exercícios necessários para o trabalho de parto e parto, portanto posso dizer-lhe que contribuiu bastante para ter segurança. (...) Facilitou e muito, aprendi a respiração, como se puxava e se não tivesse tido as aulas não sabia minimamente aquilo que estava ali a fazer e, assim, já tinha uma ideia do que estava a fazer. Os vários tipos de respiração, a enfermeira ensinou-me, como cheirar uma flor e soprar uma vela, quando as dores eram mais fortes e quando tinha a dilatação toda ensinou-me a inspirar e expirar três vezes seguidas e, depois, parar um bocadinho para o diafragma não fazer força sobre o bebé. Aprendi a parte da amamentação, das cólicas, do banho e a tomar conhecimento do meu corpo. Tivemos aulas sobre exercícios de Kegel, as vértebras da bacia, respiração, relaxamento e posicionamentos. (...) Sem dúvida, uma pessoa relaxa mais um bocadinho porque tem conhecimento do que está a fazer sabe o que está a fazer, se está a fazer bem ou mal. Durante essas aulas aprendi a conhecer

melhor o meu corpo, a zona da barriga, quando tínhamos que respirar puxar a barriga para dentro para respirar. A conhecer a zona do períneo, também aprendi a conhecer melhor. Acho que toda a gente devia fazer, acho que abre muito os olhos para quem não tem conhecimento de nada. Havia pessoas que já tinham tido filhos, mas já tinha sido há muito tempo e não se lembravam. (Ent. P1).

A percepção das puérperas vai de encontro ao que referem vários autores, descrevendo e reconhecendo os contributos da preparação para o parto por este método. A grávida é aconselhada a frequentar cursos de preparação para o parto e, também, alertada para as medidas que promovem o alívio de tensões emocionais, como a ansiedade provocada pelo medo de ter dores; o plano inclui a ajuda à mulher, no desempenho e identificação do início de trabalho de parto e parto (Pereira, 2005; Couto, 2003).

Tal como se verificou com as entrevistadas neste estudo, o “Guia Clínico do Cuidado Pré-Natal das Grávidas” (Hughes, Anderson, Barry, Benton, Elliott *et al.*, 2008) refere que alguns estudos têm mostrado que para as mulheres e seus companheiros, o conhecimento sobre a gravidez, o nascimento e parentalidade, aumentam com a frequência das aulas pré-natais e que todas as mulheres têm uma visão positiva sobre as aulas de preparação para o nascimento. Em Portugal, através da lei 4/84, que visa a proteção à maternidade e paternidade, todas as grávidas podem usufruir destes cursos de forma gratuita. Estes são ministrados por enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia e estão inseridos na preparação para a parentalidade onde, com a colaboração de outros profissionais, as grávidas adquirem conhecimentos para o seguimento da gravidez.

As entrevistadas neste estudo, descreveram que quando estavam grávidas, além da parte prática, adquiriram conhecimentos teóricos sobre o seu corpo, anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores e alterações físicas e emocionais que ocorrem durante a gravidez. Também referiram a aprendizagem e treino dos três tipos de respiração previstos no método psicoprofilático. A grávida precisa controlar a respiração durante todo o trabalho de parto, pois sempre que há uma contração, o útero e outros órgãos comprimem o bebé e o cordão umbilical. Estes exercícios foram, tal como as entrevistadas referiram praticados durante as aulas de preparação para o parto. Verificar que esta aprendizagem foi eficaz é essencial, pois em uma prática constante, na altura certa, a respiração descontrola-se, fazendo o papel oposto do pretendido (Bobak et al., 1999; Pereira, 2005).

O facto das grávidas deste estudo terem narrado que tomaram consciência do seu próprio corpo e que conseguiram identificar e trabalhar individualmente a região do períneo

através de alguns exercícios (Kegel), bem como que tinham consciência do momento que iriam viver no parto, tem reflexos muito positivos para o parto e pós parto assim como para a actividade sexual da mulher (Bobak, et al., 1999; Pereira, 2005).

A Tabela 9 sintetiza os conhecimentos utilizados pelas puérperas no trabalho de parto e parto.

Tabela 9. Conhecimento que utilizou no trabalho de parto e parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
<i>Reconheceu a entrada no trabalho de parto pela:</i>									
Perda do rolhão mucoso			✓						1
Perda de águas		✓		✓			✓		3
Frequência das contrações	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Intensidade da dor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
<i>Agiu adequadamente quando entrou em trabalho de parto:</i>									
Avisou a pessoa de suporte			✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Controlou a dor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Controlou a respiração				✓	✓	✓		✓	5
Contou a frequência das contrações	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	7
Foi para o hospital no momento adequado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Pensou positivo									
<i>Agiu adequadamente no momento do parto e nascimento do bebé:</i>									
Usou técnicas de posicionamento do corpo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Controlou a respiração...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Colaborou com os profissionais	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Fez bem o puxo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
TOTAL	10	12	10	12	11	11	11	11	88

P- Puérpera

Foi na fase de dilatação, que as mulheres descreveram que aparecem contrações associadas à dor, rotura de bolsa de águas, perda de rolhão mucoso e que as mulheres identificaram o início de trabalho de parto. Estes sinais foram descritos pelas entrevistadas como sinais de início de trabalho de parto e identificados de acordo com o que aprenderam e treinaram em sala de preparação para o parto. Algumas das entrevistadas descreveram assim esses momentos:

Quando vi que tinha dores e eram de 10 em 10 minutos, (...) estava preparada para o que ia acontecer (Ent P1)

Rebentaram-me as águas, depois de provocarem, depois vieram as contrações, (...) foi doloroso, bastante doloroso (...) (Ent P2)

Foi complicado porque tinha muitas dores, depois o que me ajudou mais foi conseguir respirar profundamente e expirar pela boca, facilitou-me muito mesmo para as contrações serem mais suaves, digamos assim. Foi graças às aulas que lá tive que soube respirar em condições para poder facilitar as dores. (Ent P5)

Além disso, estas mulheres agiram de acordo com a sua aprendizagem, deslocaram-se para o hospital onde escolheram ter o seu filho, acompanhadas do marido, e comunicaram aos familiares que tudo estava pronto para o parto. Este autocontrolo, segurança e confiança foi referenciado pelas puérperas e são pontos importantes para demonstrar o conhecimento adquirido. Estas, além de reconhecerem que estavam a entrar em trabalho de parto, também agiram de acordo com o que aprenderam quando referenciaram que sempre que vinham as contrações respiravam para controlar a dor. Algumas puérperas descreveram assim esses momentos que viveram e como agiram:

Quando é a contagem dos movimentos do bebé, quando é aqueles 10 movimentos por dia, aquelas coisas que para um primeiro parto é sempre uma novidade, para um primeiro filho é sempre uma novidade e então nós não sabemos o que esperamos. (Ent. P3)

Quando me soltaram as águas. Pelo que me tinham dito na preparação para o parto, era para dirigir-me com calma para a maternidade. Porque era um início do trabalho de parto. Cheguei aqui, tirei a ficha, dirigi-me cá em cima à obstetrícia e fui atendida por uma médica que me mediu a dilatação, eu estava com os 3 cm. Depois disseram-me que ia ficar internada, fui para o meu quarto, as dores, as contrações começaram a ser frequentes, voltaram a ver-me a dilatação, já estava com 4 cm e mais tarde fiquei com 5 cm, e foi quando fui para a sala de partos. Na sala de parto perguntaram se queria levar a epidural, eu optei por levar, as dores desapareceram por completo, por volta das 22h45 tive o menino. (Ent. P4)

A respiração foi muito importante assim como as técnicas de relaxamento, consegui controlar bastante porque não estava nada stressada, fiz as posições e provavelmente criei uma consciência daquilo que é o próprio trabalho de parto embora possa sempre ocorrer alguma situação imprevista, mas eu creio que correu dentro daquilo que eu estava à espera, se calhar quando soube que estava grávida tive mais dúvidas e receios que agora e no dia em que fui ter a minha bebé. (Ent P5).

E depois fizemos aulas de relaxamento, treinamos por causa do músculo do períneo, agora não sei o nome técnico. Posicionamentos para expulsar, sim fizemos, tanto de costas que foi aquele que depois fiz aqui, mas também aprendemos a fazer a expulsão de lado, a expulsão não, a descida do bebé de lado, mas aqui eu estive de costas. Aprendi a reconhecer partes do corpo que eu nunca tinha pensado se calhar que existiam cá em baixo. (Ent P7).

Consegui com a respiração controlar muitas vezes a nossa ansiedade que poderá levar a ter dificuldades mesmo na expulsão, no respirar pode-nos trazer problemas noutra parte em termos respiratórios, em termos de descontrolarmo-nos mesmo e não conseguirmos fazer um trabalho em condições, daí que eu aprendi que saber respirar é a base fundamental para conseguirmos fazer algum exercício em condições. (Ent P8)

De uma forma geral, sob a perspectiva das puérperas, estas conseguiram entender e identificar as fases do trabalho de parto e parto, descrevendo e identificando os três períodos designados por dilatação, período expulsivo e dequitação (Bobak et al., 1999). O período mais longo é o período da dilatação, que se inicia com as contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo, podendo durar entre 14 a 20 horas, conforme se trate de um multipara ou nulípara, respectivamente. A preparação para o parto por este método baseia-se em três aspectos principais (que foram referidos numa linguagem mais familiar pelas entrevistadas): descondicionar os reflexos errados (negativos) e condicionar reflexos certos (positivos) para utilizar no trabalho de parto e parto, conhecendo e dominando melhor o corpo; preparar para a contração uterina ocupando o cérebro através dos centros frenadores, com a ajuda da respiração e do relaxamento; tornar conhecido o desconhecido, aumentando assim o limiar da sensibilidade à dor. Tal como Pereira (2005) referiu a propósito do método psicoprofilático, as entrevistadas neste estudo além da parte prática, adquiriram conhecimentos teóricos sobre o seu corpo, anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores, alterações físicas e emocionais que ocorrem durante a gravidez, mecanismos do método psicoprofilático, sinais e sintomas de trabalho de parto e parto e o processo de nascimento.

A tabela 10 apresenta as dúvidas ou dificuldades sentidas pelas puérperas ao aplicar o que tinham aprendido para o trabalho de parto e parto.

Tabela 10. Dúvidas que sentiu ao aplicar o que tinha aprendido para o trabalho de parto e parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
Dúvidas									
No controlo da respiração				✓				✓	2
No posicionamento do corpo			✓		✓				2
Contagem dos movimentos do bebé			✓						1
Não tive dúvidas		✓							1
TOTAL	1	2	1	1					5

P- Puérpera

Analisando as entrevistas, de uma forma geral, as dificuldades descritas pelas puérperas foram a coordenação dos vários tipos de respiração e controle da dor da contracção uterina. Uma das entrevistadas diz não ter tido dúvidas: "Não tive dúvidas, porque durante a preparação para o parto fazemos várias simulações de como possivelmente decorrerá no dia do parto. Portanto, acho que é muito bom" (Ent P2). Embora descreva a situação de trabalho de parto referindo "O que dificultou foi ter dores" (Ent P2). Três das entrevistadas descreveram assim as suas dúvidas:

É muito importante, porque sempre que surgiam dúvidas era para isso que a enfermeira dizia que estava lá, para esclarecer as nossas dúvidas, que estava ao nosso serviço, e, nesse sentido, as dúvidas que iam surgindo mesmo sobre aquelas situações quando é a contagem dos movimentos do bebé. (...) Como já lhe disse, aprendia a respirar a relaxar e a controlar o corpo, assim como os posicionamentos. Nós não chegamos a fazer tudo, é assim, eu também não fui a todas as sessões e fui a um número como já disse mais ou menos 10. Poderia ter acontecido, porque eu agora para o fim já me sentia bastante cansada e já não conseguia mesmo, tive 41 semanas. (Ent P3)

Não é muito fácil controlar o corpo e as reações do corpo todas, porque naquele momento apetece fazer tudo e mais alguma coisa, mas a verdade é que se nos concentramos e se pensarmos que temos que fazer de tudo para que a criança não sofra, eu acho que é fácil levar isso à frente. Isto, as aulas ajudaram muito e levou algum tempo a aprender. (Ent P5)

As técnicas de respiração são prioritárias. Elas [as enfermeiras] incutem-nos confiança, além de que nos esclarecerem na primeira aula todas as dúvidas, mesmo anatomicamente a nível do corpo. (Ent P8)

De acordo com a literatura selecionada, as dúvidas aparecem sempre em situação de ansiedade e medo, tal como aconteceu com as entrevistadas. De acordo com Kitzinger (1996), o nascimento de uma criança é o momento da concretização das expectativas, crenças e valores, dúvidas e medos, da mulher/família e o modo como ela coordena todas estas relações e emoções. Na sua perspectiva, a mulher é surpreendida desde os primeiros sintomas associados à gravidez por anseios e medo, associando o nascimento a uma dor intensa “como nenhuma outra”, e o sentir das contrações uterinas provocam-lhe inquietude, aflição, confusão e receio.

As entrevistadas descreveram que quando sentiram dor tentaram reduzi-la ao mínimo com recurso a uma respiração eficaz seguida de relaxamento, durante as contrações uterinas e o momento do parto. Segundo Pereira (2005), este comportamento evita um parto medicalizado e instrumentado, pois a grávida adota posições adequadas que ajudam no alívio da dor e aprende a controlar a ansiedade e o medo através do relaxamento e da respiração.

4.4. Conhecimentos e opinião das puérperas sobre o método psicoprofilático

Através da tabela 11, as puérperas descrevem e classificam os conhecimentos que adquiriram nas aulas de preparação para o parto. Relativamente ao método psicoprofilático, as grávidas aprendem a conhecer e a dominar o corpo, treinam os vários tipos de respiração/relaxamento, aprendem a concentrar-se abstraindo-se de tudo o que as rodeia e, nas

aulas práticas, praticam os exercícios em todos os posicionamentos. Tal como descrevem as puérperas nas suas entrevistas, utilizaram esses conhecimentos no trabalho de parto e parto.

Tabela 11. Conhecimentos que as puérpera recordaram ter adquirido nas aulas de preparação para o parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
Técnica respiratória									
Muito bom	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Autoconhecimento do corpo									
Muito bom	✓	✓	✓				✓	✓	5
Bom				✓	✓	✓			3
Exercícios de Kegel									
Muito bom	✓								1
Técnicas de relaxamento									
Muito bom	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Técnicas de posicionamento									
Muito bom	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
TOTAL	3	2	2	2	2	2	2	2	17

P- Puérpera

Algumas das entrevistadas descreveram e avaliaram assim esses conhecimentos:

Sim, considero que é bastante bom, pois prepara-nos para todos os exercícios necessários para o trabalho de parto e parto, portanto posso dizer-lhe que contribui bastante para ter segurança (Ent P1).

Avalio que é um curso excelente, que todas as mulheres deveriam passar por ele, experimentar para saber. É um curso útil, tanto para pré-parto como pós-parto, como também no momento do parto (Ent P4)

A verdade é que eu tenho uma boa experiência e aquilo que eu tenho a dizer é que todas as pessoas que possam que aproveitem que é uma mais-valia. Foi muito bom fazer o curso. (Ent P5)

Uma das entrevistadas classifica assim estes conhecimentos adquiridos no curso de preparação para o parto por este método:

Foi muito útil na hora do trabalho de parto, foi imprescindível e foi muito utilizada a parte da respiração. Usei as técnicas de relaxamento e as técnicas de posicionamento ensinadas durante as aulas e foi muito útil. Acho que é uma mais-valia realmente para a mulher durante e mesmo na situação de pré-parto e no parto em si, é realmente uma mais-valia. (...) Em termos teórico-práticos acho que foi excepcional. (Ent P8)

Segundo Pereira (2005), a grávida identifica e utiliza uma linguagem específica de acordo com o momento vivenciado de uma forma informada e consentida. A grávida identifica todas as fases do trabalho de parto e parto e aprende como participar ativamente no trabalho de parto; reduz ao mínimo a dor com recurso a uma respiração eficaz seguida de relaxamento e aprende técnicas de respiração e de relaxamento, durante as contrações uterinas e o momento do parto; adota posições adequadas que ajudem no alívio da dor e aprende a controlar a ansiedade e o medo através do relaxamento e da respiração.

Todas as puérperas que participaram neste estudo mostraram reconhecimento, tanto pelo curso em si, como também pelo trabalho das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia, responsáveis por ministrar as aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático nos hospitais, nos centros de saúde, nas clínicas e nos consultórios privados. A tabela 12 sintetiza as citações principais que emergiram da opinião sobre o formador nas aulas de preparação para o parto.

Tabela 12. Opinião sobre o formador nas aulas de preparação para o parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
<i>O que gostou mais</i>									
Linguagem acessível	✓							✓	2
Informação adequada	✓	✓	✓		✓				4
Simpatia			✓					✓	2
Disponibilidade			✓	✓		✓	✓		4
Gostei de tudo								✓	1
Dedicação								✓	1
Vocação								✓	1
Experiência		✓					✓		2
Dinâmica	✓								1
Paciente					✓				1
TOTAL	3	2	3	1	2	1	2	5	19

P- Puérpera

Por um lado, a entrevistada P2 valoriza a experiência das enfermeiras e o seu saber acumulado: “As enfermeiras foram pessoas bastante experientes, sabiam aquilo de que estavam a falar, tinha aspectos que elas referiam porque notava-se uma vivência muito grande de todo o trabalho que era feito”. Por outro lado, a entrevistada P3 valoriza a simpatia e a sua disponibilidade para tirar dúvidas: “A simpatia, a disponibilidade para nos esclarecer todas as

dúvidas. A disponibilidade dela mesmo em fornecer o seu número de telemóvel para em qualquer dúvida que nós tivéssemos a qualquer momento, para que pudéssemos contar com ela". A entrevistada P8 valoriza, simultaneamente, quer os aspectos pessoais quer os aspectos pessoais da enfermeira:

Gostei de tudo, da especialista, da dedicação que ela tem com as grávidas, às futuras mães, tem uma vocação especial no sentido da parte psicológica e investe muito no relaxamento, nas técnicas de respiração é prioritário nela e incute-nos confiança além de que nos esclarece na primeira aula todas as dúvidas que haja mesmo anatomicamente a nível do corpo ela em termos teórico-práticos acho que foi excepcional. (Ent P8)

De acordo com a revisão da literatura, compete ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia fazer o acompanhamento da mulher grávida e ministrar o curso de preparação para o parto e parto, que consta na legislação portuguesa como um dever (Art. 4.º da Diretiva 80/155/CEE de 21 de Janeiro). No que diz respeito à preparação para o parto, esta constitui uma competência dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, como podemos ler no 4.º ponto da diretiva anteriormente referida.

Tal como referiu a maior parte das entrevistadas, foi muito importante para elas vivenciarem a gravidez com pleno conhecimento do seu corpo, do mecanismo do trabalho de parto e parto, e terem sido (re) educadas para todo o processo gravídico, que é temporário e que termina com o nascimento do seu filho. Segundo Couto (2003) e Pereira (2005), por vezes, o que determina e influencia a perceção da mulher sobre o parto, rotulando-o de "bom" ou "mau", não é tanto a dor sentida, mas sim o facto de conseguir ou não suportar a dor de acordo com as suas expectativas.

A tabela 13 sintetiza as opiniões sobre o local e horário das aulas de preparação para o parto.

Tabela 13. Opinião sobre o local e horário das aulas de preparação para o parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
<i>Opinião sobre o local das aulas</i>									
Ajustado às necessidades	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Confortável		✓		✓		✓	✓	✓	5
<i>Opinião sobre o horário das aulas</i>									
Adequado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
TOTAL	2	3	2	3	2	3	3	3	21

P- Puérpera

Da análise às entrevistas efectuadas às puérperas, verificou-se que estas referiram ter gostado do local e horário das aulas de preparação para o parto, tal como mostram os excertos seguintes:

Acho que estava bem preparada, estava preparada, era uma sala jeitosa, arrumada. O horário das 18h - 20h estava ajustado as minhas necessidades. (Ent P1)

Gostei do local porque era confortável, era sempre pós-laboral, sempre ao fim do dia, entre as 19h-20h ou 20h-21h. (Ent P2)

O horário, tinha a ver um bocadinho com o meu horário de trabalho, posso dizer que tínhamos dois horários à escolha e nisso a enfermeira foi sempre muito solícita a dizer que poderíamos ir a umas aulas ou a outras, desde que a avisássemos para que tivesse uma noção do número de pessoas a frequentar o curso. Sim, tinha as condições necessárias para aquele tipo de aulas. (Ent P3)

Era uma sala grande, éramos bastantes grávidas, mas tinha cores muito castiçais para bebés e coisas assim. Era às 18h, dava perfeitamente para adequar ao horário do serviço e depois ao final da tarde não me prejudicava em nada. (Ent P6)

O local era agradável e estava preparado para a preparação para o parto, tinha colchões, almofadas e música para o relaxamento. Estava bem montado. Havia vários horários para poder escolher e escolhi de acordo com o meu trabalho. (Ent P7)

Como pudemos verificar pelos depoimentos, as puérperas valorizaram o espaço e o horário das aulas de preparação para o parto. De acordo com o que refere Pereira (2005), os centros que oferecem preparação para o parto/ maternidade/paternidade, devem reunir as condições descritas pelas grávidas entrevistadas tais como: colchões, almofadas rolos, vídeo, televisão, filmes, mesas, cadeira, simuladores, bancas, bonecos, música, ambiente climatizado e silencioso. O grupo de grávidas deve ser pequeno e de acordo com o espaço, para facilitar a presença dos maridos, assim como ter um horário flexível.

Todas as puérperas que participaram nesta investigação, deram a sua opinião sobre as aulas de preparação para o parto (Tabela 14).

Tabela 14. Opinião sobre as aulas de preparação para o parto

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
<i>O que gostou mais</i>									
Aprender a conhecer melhor o corpo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Aprender sobre como será o parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Ter a possibilidade de tirar dúvidas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Dar mais segurança emocional para o parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
TOTAL	4	4	4	4	4	4	4	4	32

Todas as grávidas entrevistadas concordam plenamente que as aulas de preparação para o parto por este método contribuíram para enriquecer o seu conhecimento:

Durante essas aulas aprendi a conhecer melhor o meu corpo, a zona da barriga, quando tínhamos que respirar, puxar a barriga para dentro para respirar. A conhecer a zona do períneo, também aprendi a conhecê-la melhor, (...) Uma pessoa relaxa mais um bocadinho porque tem conhecimento. (Ent P1)

Controlar o nosso corpo que também é uma das coisas que nos ensinam ou contrair a mão direita, contrair o pé esquerdo, fazer aquela alternância para nós tentarmos controlar o nosso corpo. (...) Aprendia a respirar a relaxar e a controlar o corpo, assim como os posicionamentos (Ent P3)

Os posicionamentos eram: tinha um colchão no chão, depois apanhava os joelhos com as mãos, não podia dobrar os braços, fazia força, subia a cabeça e inspirava e depois descia e expirava. (Ent P6)

Uma das puérperas descreve de uma forma mais pormenorizada a sua opinião:

Tive aulas tanto teóricas como práticas. Nas práticas, aprendi a respiração; quando há uma contração é um tipo de respiração e quando se tem vontade de puxar mas não se pode puxar porque ainda não é a altura certa é outro tipo de respiração, isso é depois possível aplicar na prática. E depois fizemos aulas de relaxamento, treinamos por causa do músculo do períneo, agora não sei o nome técnico. Posicionamentos para expulsar, sim fizemos, tanto de costas que foi aquele que depois fiz aqui mas também aprendemos a fazer a expulsão de lado, a expulsão não a descida do bebé de lado, mas aqui eu estive de costas. Aprendi a reconhecer partes do corpo que eu nunca tinha pensado se calhar que existiam cá em baixo. (Ent P7)

Todas as entrevistadas reponderam de acordo com o que está descrito na literatura. Para Pereira (2005), é importante que as grávidas, além da parte prática, adquiram conhecimentos teóricos sobre: o seu corpo, anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores; alterações físicas e emocionais que ocorrem durante a gravidez, mecanismos do método psicoprofilático; sinais e sintomas de trabalho de parto e parto e o processo de nascimento. Este processo, reconhecido pelas puérperas entrevistadas, além de responder às expectativas do método, também foi do seu agrado.

É de salientar que as puérperas, ao descreverem a sua opinião sobre as aulas de preparação para o parto, paravam, olhavam para o vazio e de uma forma agradável, harmoniosa e natural, verbalizavam as emoções próprias do momento e de um parto recente. Quando

questionadas sobre o que tinham gostado menos, todas foram unânimes ao responderem que gostaram de tudo.

A análise da tabela 15, permito-nos inferir que todas as grávidas aprenderam todas as técnicas para o trabalho de parto e parto de acordo com os objetivos do método psicoprofilático.

Tabela 15. Técnicas que aprendeu nas aulas de preparação para o parto que considerou úteis

Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
Técnicas de respiração	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Técnicas de relaxamento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Treino de posições para o trabalho de parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
Período expulsivo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
TOTAL	4	4	4	4	4	4	4	4	32

P- Puérpera

As técnicas descritas na tabela foram todas consideradas úteis e aplicadas no momento de trabalho de parto e parto. Uma das entrevistadas descreveu assim a sua utilidade:

Foi muito útil na hora do trabalho de parto foi imprescindível e foi muito utilizada a parte da respiração, usei as técnicas de relaxamento e as técnicas de posicionamento ensinadas durante as aulas e foi muito útil. (Ent P8)

Através desta análise e refletindo nas palavras de Couto (2003), que aborda os conhecimentos da grávida sobre o reconhecer de uma preparação obrigatória para que tudo corra bem no nascimento do filho, estas tinham consciência que estas técnicas (respiração; relaxamento; treino de posições para o trabalho de parto e período expulsivo) são importantes para o trabalho de parto e parto.

Na perspectiva das puérperas, todas se encontravam preparadas para o parto. As expressões que usaram para o afirmar foram do seguinte tipo:

Uma pessoa, as vezes, pensa que quando chegar a hora não vai conseguir fazer nada nem se vai lembrar, mas lembrei-me. Estava um bocado nervosa mas sem medo, pois estava preparada. (...) Pois, prepara-nos para todos os exercícios necessários para o trabalho de parto e parto. (Ent P1)

Uma das puérperas descreveu assim detalhadamente o seu curso de preparação para o parto:

Aprendi tudo mesmo. Aprendi como tratar do bebé, dar banho, o enxoval, a respiração, fiz exercícios durante a gravidez, falamos sobre os métodos contraceptivos, havia coisas que eu não sabia, os peitos, sobre a barriga, sim sobre o bebé em si mesmo também, aquilo do puxo, essa pratiquei várias vezes. Mas foi mesmo, fiz exercício físico para me ajudar, virada para o lado esquerdo, como era o lado que o coração bombeia o sangue para facilitar a respiração. A maneira como respirar, inspirar devagar e expirar mais devagar ainda. Conforme a contração fosse decorrendo respirar da mesma forma. E depois no período expulsivo da mesma maneira, mas com a técnica de subir a cabeça quando inspirava e voltar a descer quando expirava para poder descansar um bocadinho. Os posicionamentos eram, tinha um colchão no chão e depois apanhava os joelhos com as mãos, não podia dobrar os braços e fazia força e subia a cabeça e inspirava e depois descia e expirava. (Ent P6)

De acordo com a literatura, quando uma grávida parte para um trabalho de parto normal (eutócico), é porque reúne todas as condições naturais para que o processo se desenvolva (Bobak et al., 1999). A necessidade das aulas de preparação para o parto em sessões de aprendizagem e treino ao longo do segundo e terceiro trimestre da gravidez, faz com que estas grávidas adotem comportamentos de segurança e confiança em todo o desenrolar do trabalho de parto e parto, verbalizando saberes adquiridos e conhecimentos confortantes. Como pudemos constatar, esta satisfação é citada pelas puérperas nas entrevistas efectuadas.

Muitas vezes o que classifica o parto é a dor provocada pelas contrações uterinas. Todas referiram que o controlo e alívio da dor foi importante, quatro destas entrevistadas tiveram o parto eutócico sem recurso à analgesia por epidural, pelo que controlaram a dor com recurso às técnicas da respiração e relaxamento que referem ter aprendido nas aulas de preparação para o parto.

A grávida é aconselhada a frequentar cursos de preparação para o parto e é também alertada para as medidas que promovem o alívio de tensões emocionais, como a ansiedade provocada pelo medo de ter dores. O plano inclui a ajuda à mulher, no desempenho e identificação do início de trabalho de parto e parto (Bobak et al., 1999; Pereira, 2005).

As puérperas referiram que voltavam a frequentar as aulas de preparação para o parto, numa próxima gravidez. Bobak et al. (1999), defendem que cada parto é um parto e que as principais causas da dor são o medo e a tensão, por isso, espera-se que através do aumento dos conhecimentos da mulher sobre o que a espera durante o trabalho de parto e parto, se aumente a sua autoconfiança e sentido de controlo. Uma das entrevistadas explicou:

Porque para mim a experiência foi muito positiva e voltava a frequentar para me preparar e ter um parto ainda com mais sucesso. Se calhar, como já aprendi algumas técnicas irei ainda mais preparada para aperfeiçoar essas técnicas. (Ent P8)

Embora só uma puérpera, de forma explícita, manifestasse a vontade de frequentar o curso numa próxima gravidez, o entusiasmo das restantes deixou transparecer que o parto lhes tinha corrido bem, estavam muito felizes e satisfeitas, o que leva a considerar que uma gravidez bem sucedida é bom para a mulher/casal aquando de uma eventual próxima gravidez. Como refere Kitzinger (1996) o nascimento de um filho é rico em emoções fortes em todas as sociedades, não é um processo comum nem um simples ato de dar à luz, pode significar uma alegria ou um drama, pois os efeitos do nascimento do bebé também podem ser traumatizantes para a mãe.

Todas as entrevistadas aconselhariam as aulas de preparação para o parto a outras grávidas. Esta abordagem positiva por parte das puérperas é descrita da seguinte forma:

Aconselho a todas as mulheres, porque em princípio uma pessoa já tem muita informação cá dentro, mas se calhar fazer algumas aulas para relembrar e rever tudo o que passamos. Aconselho a todas as parturientes, a todas as grávidas, porque mesmo que no fim não seja um parto normal, o resto da informação também é útil, é retirado um bocado a parte do bloco de parto mesmo. (Ent P2)

Avalio que é um curso excelente, que todas as mulheres deveriam passar por ele, experimentar para saber. É um curso útil, tanto para pré-parto como pós-parto, como também no momento do parto. (Ent P4)

As coisas estão sempre a mudar e é sempre bom saber as novidades, por isso numa próxima gravidez volto a frequentar, se puder, claro. Também estou sempre a dizer a outras grávidas para elas aprenderem, porque é muito importante. Ent P6

Estas opiniões vão de encontro à revisão da literatura em que as aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, proporcionam à grávida um conhecimento único para este momento que é (re) educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária. A grávida é aconselhada a frequentar cursos de preparação para o parto e também alertada para as medidas que promovem o alívio de tensões emocionais, como a ansiedade provocada pelo medo de ter dores. A preparação para o parto através do método psicoprofilático, sustenta-se em bases científicas da teoria de neurofisiologia. Proporciona às grávidas uma preparação física e psíquica para o trabalho de parto e parto, não se limitando a executar

exercícios de ginástica nem a impor regras únicas, mas aplicado de acordo com as capacidades de cada grávida e com recurso a uma linguagem única e inigualável (Freitas, 1998; Pereira, 2005).

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

5.1. Introdução

Neste capítulo, apresentam-se as conclusões do estudo realizado em função dos objetivos apresentados no capítulo I (5.2) e discutem-se as implicações decorrentes desta investigação (5.3). Por último, com base nos resultados obtidos nesta investigação e nas limitações do estudo, apresentam-se algumas sugestões para futuras investigações (5.4).

5.2. Conclusões da investigação

De acordo com os objetivos de investigação que serviram de orientação para este estudo e com os resultados obtidos, serão estabelecidas algumas conclusões que a seguir se apresentam.

No que respeita ao primeiro objetivo: “Caraterizar a perceção das puérperas sobre o trabalho de parto e parto, os seus fatores facilitadores e constrangimentos”, os resultados permitiram concluir que:

- As puérperas entrevistadas, para além dos inúmeros contributos do método psicoprofilático para o trabalho de parto e parto, valorizaram também a aplicação e optimização dos conhecimentos, bem como as técnicas aprendidas durante o curso de preparação para o parto.
- O estudo documenta que a perceção das puérperas foi unânime relativamente aos fatores constrangedores e facilitadores em trabalho de parto e parto, sendo a dor o principal agente mencionado como incómodo em todo o processo.

- O controlo não farmacológico da dor através das técnicas de respiração e relaxamento, ajudaram a mulher a controlá-la durante o trabalho de parto e parto, participando ativamente no nascimento de seu filho. Segundo Bobak et al. (1999) e Pereira (2005) a preparação psicoprofilático prepara as mulheres para controlar a dor durante o trabalho de parto e parto, com recurso a técnicas de respiração/relaxamento e concentração. Este método não farmacológico utilizado por muitas grávidas, não é tão simples de realizar na prática como de descrever na teoria, visto o limiar da dor ser diferente de indivíduo para indivíduo. A possibilidade de vir a experimentar a dor induz o medo e a ansiedade, que levam muitas vezes a estados de descontrolo e pânico, que neste estudo foi descrito como tendo logo sido controlado pelas entrevistadas, por aplicarem o que aprenderam nas aulas de preparação para o parto.
- Outro dos fatores constrangedores é a fadiga descrita pelas entrevistadas e, como está referenciado na literatura, o trabalho de parto na primípara é longo e cansativo, podendo gerar desconforto e privação do sono, pelo que estes fatores podem potenciar o círculo vicioso de dor exagerada.
- Algumas entrevistadas descreveram que a ansiedade, o medo e a incerteza do momento, geraram um misto de preocupação e descontrolo que dificultaram o domínio das técnicas (de respiração e relaxamento) e, por esse motivo, quatro destas mulheres recorreram a analgesia por epidural. Porém, o facto de ter sido utilizado outro método para o controlo da dor, não interferiu com a aplicação dos conhecimentos adquiridos em preparação para o parto pelo método psicoprofilático.
- Todas concordaram que os fatores facilitadores em trabalho de parto foram, sem dúvida, o uso das técnicas de respiração e relaxamento. O conhecimento do seu corpo, a presença de profissionais com experiência e especialistas em saúde materna e obstetria são valores positivos e facilitadores mencionados pelas puérperas.
- As puérperas descreveram, muito pormenorizadamente, as fases do trabalho de parto e os sintomas de início de trabalho de parto, tal como vem descrito na literatura, revelando níveis de conhecimento muito bons. No que concerne aos comportamentos adotados, estas demonstraram conhecimentos técnicos e uma

linguagem única e ajustada ao momento, através da participação ativa em todo o trabalho de parto e parto.

- O fator mais facilitador mencionado pelas puérperas foi o terem frequentado o curso de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, embora não diferenciassem este método da preparação para a maternidade/parentalidade, onde aprenderam outras temáticas no que respeita ao enxoval, cuidar do bebé e ao aleitamento materno. Esta diferenciação não faz muito sentido, porque a preparação para o parto pelo método psicoprofilático faz parte de um conhecimento mais amplo que é a preparação para a maternidade. Assim sendo, a única diferença é que o preconizado para o método só é utilizado em trabalho de parto e parto, que vai de encontro ao propósito desta investigação, “(re) educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária”.

Relativamente ao segundo objetivo: “Averiguar a perceção das puérperas sobre os contributos do método psicoprofilático para o trabalho de parto e parto”, os resultados permitiram concluir que:

- As puérperas reconhecem a utilidade da preparação para o parto pelo método psicoprofilático;
- Percecionam os contributos deste método pela sua utilidade, atribuindo ao fator técnico, o ensino e a aprendizagem e ao fator psicológico o comportamento cognitivo, que se baseia em dois princípios fundamentais que são a preparação psicológica e profilática.
- As puérperas valorizaram o contributo do método, descrevendo ao longo das entrevistas, que se sentiram preparadas física e psicologicamente para o trabalho de parto e parto. A serenidade, autoconfiança e redução da ansiedade no momento do parto, permitiu-lhes o autocontrolo e participação ativa no nascimento do filho.
- O afastamento do medo proporcionou a estas puérperas uma atitude positiva em relação ao parto, reduzindo assim a sua ansiedade, facilitando o relaxamento muscular, principalmente na zona pélvica. Estas aprenderam a conhecer o seu corpo e a usá-lo (respiração e relaxamento), através do descondicar o errado e condicionar o certo, a tornar conhecido o desconhecido, aumentando desta forma o

limiar de sensibilidade à dor. Este resultado é obtido pela concentração total na respiração e no relaxamento e pela formação de centros inibitórios ou frenadores.

- Estas puérperas relataram que no momento em que precisaram aplicar os conhecimentos adquiridos, estes estavam bem consolidados, pois conforme se ia desenrolando o parto, agiam adequadamente cumprindo o que lhes ia sendo exigido, ultrapassando no teste final este desafio com êxito. A prova estava completamente superada com o nascimento do bebé e o sentimento de alegria e felicidade que narraram que as envolvia.

Relativamente ao terceiro objetivo: “Averiguar os conhecimentos que as puérperas adquiriram nas aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático”, os conhecimentos teórico-práticos adquiridos, que as puérperas mencionaram terem sido abordados e praticados nas sessões de preparação para o parto:

- Focam, de uma forma geral, aquilo que se preconiza ser ensinado no método psicoprofilático, no sentido da preparação física e psicológica para o desenrolar do trabalho de parto e parto;
- Quanto à componente teórica, as puérperas interiorizaram conceitos sobre a gravidez, sinais de trabalho de parto e parto. Acima de tudo, conseguiram que o período de vigilância pré-natal assegurasse que a sua gravidez tenha culminado no nascimento de uma criança saudável, sem prejuízo para a saúde materna.
- O conhecimento adquirido no último trimestre da gravidez pelo método psicoprofilático, teve a finalidade de preparar as mulheres para o trabalho de parto e parto. As puérperas revelaram conhecimentos sobre o terminus da gravidez, descrevendo os sinais de início de trabalho de parto (contrações regulares, perda do rolhão mucoso e rotura de bolsa de águas). Esta monitorização visou avaliar em primeiro lugar o bem-estar materno-fetal, bem como as condições para um parto vaginal.
- A maior parte das entrevistadas quando precisaram de utilizar essa linguagem, apresentaram boas noções de anatomia e fisiologia dos órgãos genitais e informações sobre o trabalho de parto e parto.

- Quanto aos conhecimentos aprendidos nas aulas práticas, referem a preparação física e o controlo e a aplicação dos diversos tipos de respiração, como sendo fundamentais no sentido de conseguir dominar o seu corpo.
- Quanto ao período expulsivo, que foi treinado nas aulas de preparação para o parto, as puérperas valorizaram muito o que tinham aprendido e descreveram várias vezes que fizeram um bom puxo para o bebé nascer.
- As puérperas dominaram as técnicas aprendidas no curso de preparação para o parto pelo método psicoprofilático e isso foi bem perceptível na serenidade que descreveram demonstrar no sucesso no controlo da dor.
- As entrevistadas descreveram a fisiologia do trabalho de parto e do funcionamento do sistema nervoso, responsável pela transmissão da informação, porque evidenciaram ter consciência da importância da concentração na execução dos movimentos respiratórios e nas técnicas de relaxamento.

Em síntese, as puérperas adquiriram conhecimentos e identificaram os aspetos essenciais do trabalho de parto e parto. Souberam gerir o stresse emocional, associado ao aparecimento das contrações cada vez mais intensas e, por sua vez, o aumento do desconforto do trabalho de parto. Este conhecimento e domínio da situação, leva-nos a inferir que o conhecimento permitiu à mulher um maior controlo sobre o seu corpo. O trabalho de parto constitui-se como uma sequência de fenómenos que tem como finalidade expulsar o feto, placenta e membranas para o exterior da cavidade uterina através do canal de parto, dividindo-se em 4 estádios. Da investigação podemos constatar que as puérperas identificaram e descreveram esses estádios de trabalho de parto. A aprendizagem do que é o seu corpo, o que é o trabalho e a dor de parto, contribui de forma positiva para que a puérpera controlasse o seu corpo e a sua mente de acordo com as sensações decorrentes do processo. A concentração, respiração e relaxamento ajudaram a minorar a dor da contração.

Relativamente ao quarto objetivo: “Caraterizar a opinião das puérperas sobre as aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático”, os resultados permitiram concluir que:

- As puérperas caraterizaram a preparação para o parto por este método quanto aos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, quanto aos contributos e utilidade do método, quanto ao profissionalismo dos formadores que ministraram as aulas e quanto ao local e horário praticado.

- Focaram também que voltariam a frequentar as aulas numa próxima gravidez e que aconselhariam todas as grávidas a frequentar o curso de preparação para o parto pelo método psicoprofilático. A legislação preconiza que o curso de preparação para o parto/maternidade é da responsabilidade das instituições públicas, fazendo parte da vigilância pré-natal. É efetuado por enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia que sejam efetivamente conhecedoras dos princípios subjacentes ao método e que detenham a capacidade de transferir os conhecimentos teóricos e práticos específicos na área da preparação para o parto pelo método psicoprofilático.
- Na opinião das puérperas, os profissionais são alicerces imprescindíveis no âmbito da preparação para o parto.

As puérperas descrevem toda a preparação física e psíquica para o trabalho de parto e parto e, em momento algum, duvidaram das suas capacidades para aplicar os conhecimentos adquiridos por este método, com recurso a uma linguagem única e inigualável. Em forma de resumo, o auto - conhecimento e o controlo do corpo, são pontos importantes que caracterizam o método, bem como a capacidade de controlar a dor e dominar a ansiedade através da técnica da respiração e relaxamento.

5.3. Implicações dos resultados da investigação

Com base nos resultados e nas conclusões deste estudo, emergiram algumas implicações para o futuro:

- a eficácia demonstrada pelas entrevistadas na aplicação dos conhecimentos adquiridos na preparação para parto e parto pelo método psicoprofilático, na vigilância da gravidez mostra como é importante que no futuro mais mulheres sejam motivadas a frequentar estas sessões;
- Tanto nas instituições de saúde públicas como nas privadas, todas as grávidas, deveriam usufruir do seu direito de poder frequentar o curso de preparação para a maternidade/parentalidade, com o seu marido ou companheiro, de acordo com a sua disponibilidade e necessidade de aprendizagem;

- Com a humanização dos cuidados de saúde, é importante que no futuro seja possível a grávida ter a presença do seu marido ou da pessoa significativa em todo o trabalho de parto e parto.
- Segundo a percepção das puérperas que participaram neste estudo, a preparação para o parto pelo método psicoprofilático, é:
 - a) útil, importante e imprescindível para o trabalho de parto e parto;
 - b) faculta uma linguagem única e específica para o momento;
 - c) ajuda a controlar a dor de trabalho de parto, através da respiração e relaxamento;
 - d) permite colaborar ativamente em todo o trabalho de parto e parto;
 - e) ajuda a controlar o medo e a diminuir a ansiedade,
 - f) capacita a grávida para o nascimento do seu filho.
 - g) proporciona proximidade de conduta e linguagem entre a grávida e os profissionais de saúde.

Por essas razões, é importante que no futuro o método psicoprofilático seja valorizado na preparação para o parto e entendido como um método que (re)educa as grávidas, aumentando os seus conhecimentos acerca da gravidez, trabalho de parto e parto.

- Do ponto de vista da responsabilidade social e política para a sustentabilidade e continuidade das gerações futuras, é necessário criar condições para o ensino deste método no acompanhamento e incentivo à natalidade da grávida, para promover nascimentos saudáveis e mães felizes e menos traumatizadas pela dor e medo do trabalho de parto e parto;
- Estes resultados podem ser usados para esclarecer e contribuir para a prática do método por um maior número de grávidas, tal como foi a vontade manifestada pelas puérperas entrevistadas quando o aconselham a todas as grávidas;
- O facto de metade das puérperas terem recorrido à epidural pode levar-nos a questionar não a fiabilidade do método, que se encontra validado pelos resultados deste estudo e por outros estudos referidos, mas a forma como estes cursos/formação são dados a cada grávida. Seria interessante agora pensar numa forma de acompanhar/monitorizar o curso de preparação para

o parto por este método e analisar/refletir sobre os critérios e a forma como é ministrado.

- Outra implicação para o futuro dos resultados deste estudo prende-se com a inquietação pela ausência de acompanhamento/avaliação do desempenho destas mulheres aquando do trabalho de parto e parto, isto é, por fazer uma investigação que utilize a observação participante para analisar se as suas percepções sobre as práticas (sobre os comportamentos que descreveram) coincide realmente com elas.
- Também é importante comparar as mulheres que foram educadas como o método psicoprofilático com outro grupo de mulheres que não tiveram acesso ao curso de preparação para o parto pelo método psicoprofilático.

A própria legislação contempla, desde 1984, a preparação para o parto; no entanto, ainda há muitas mulheres que desconhecem esse direito e chegam ao final da gestação sem terem frequentado o curso, não usufruindo das enormes vantagens que daí advém e mesmo que o resultado final seja sempre o nascimento, os meios não justificam os fins. Os partos traumáticos podem comprometer a decisão de futuras gravidezes para a mulher/casal ou a opção por fazer uma cesariana programada pelo medo do parto.

Os profissionais de saúde, como promotores da educação para a saúde, devem encaminhar as grávidas no sentido de as preparar para a maternidade, (re)educando para as vantagens de uma vigilância da gravidez informada e partilhada. A parceria entre a mulher e os profissionais de saúde torna-se única essencial e imprescindível nesta condição temporária que é a gravidez e parto.

5.4. Sugestões para futuras investigações

Com base nos resultados obtidos neste estudo, na sua discussão e apesar das suas limitações, surge um conjunto de questões que podem constituir objecto de futuras investigações e, assim, oferecer contributos que permitam sustentar a implementação do curso de preparação para o parto pelo método psicoprofilático em todos os centros de vigilância pré - natal (consultórios privados, clínicas, hospitais e

centros de saúde), fazendo somente cumprir a lei já em vigor, através de auditorias, efectuadas pela Direção Geral da Saúde ou outras Entidades credenciadas. Neste contextos, seria interessante desenvolver no futuro as seguintes investigações:

- Estudo aprofundado sobre as percepções e práticas de mulheres que foram educadas como o método psicoprofilático sobre o trabalho de parto e parto (recorrendo, além da entrevista, à observação com guião de observação e registo de comportamentos no momento de trabalho de parto e parto);
- desenvolver investigações com grupo controlo, para comparar as mulheres que foram educadas como o método psicoprofilático com outro grupo de mulheres que não tiveram acesso ao curso de preparação para o parto pelo método psicoprofilático;
- comparar o grau de eficácia da aplicação do conhecimento adquirido no curso de preparação para o parto pelo método psicoprofilático num grupo de grávidas múltiparas e um grupo de primíparas;
- comparar um grupo de grávidas múltiparas com preparação para o parto pelo método psicoprofilático e com um grupo de controlo, constituído por grávidas múltiparas sem este tipo de preparação.
- avaliar a qualidade do ensino teórico-prático das aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático, efectuado em diferentes centros de vigilância pré-natal.
- Investigar a percepção dos diferentes profissionais que assistem a parturiente, em trabalho de parto e parto, quanto ao seu desempenho e comportamento, nos diferentes estádios de trabalho de parto e parto, com e sem preparação para o parto pelo método psicoprofilático.
- investigar a eficácia deste método de preparação para o parto e das suas implicações/contributos para a diminuição dos riscos e complicações para o

feto no momento do parto (trabalho de parto longo, parto instrumentado e asfixia péri-natal).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Badinter, E. (1984). *O amor é incerto: história do amor maternal do século XVII ao século XVIII*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Barbaut, J. (1990). *O Nascimento Através dos Tempos e dos Povos*. Lisboa: Terramar.
- Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições.
- Beck, N. C., Geden, E. A. & Brouder, G. T. (1979). Preparation for labor: a historical perspective. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 243 – 258.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert: excellence en soinnsinfirmiers*. Paris Inter Edisons.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na pratica clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editor.
- Bento, M. da C.(1991). Trabalho sobre a Frequência de Cursos de Preparação Planificada para o Parto e o Stress/Ansiedade na Gravidez (trabalho manuscrito não publicado).
- Bergstrom, M., Kieler, H., & Waldenstrom, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, 1167 – 1176.
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jansen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4ª. Ed.). Loures: Lusociência.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à Enfermagem Materna* (6ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Canário, R.(1997). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Cechin, P. L. (2002). Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55 (4), 444 – 448.

- Cechin, P. L. (2002). Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55 (4), 444 – 448.
- Collière, M. F. (1939). *Promover a Vida: da Prática das «Mulheres de Virtude» aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R. A., Pacheco, A. P. & Pais, A. (2008). Perception of the childbirth experience : continuity and changes over the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 139 – 154.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A saúde mental e a vida: pessoas e população em risco* (3ªed). Lisboa: Salamandra.
- Couto, G. R. (2003). *Preparação para o Parto: Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural*. Loures: Lusociência. Edições técnicas e científicas, Lda.
- Couto, G. R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14 (2), 190 – 198.
- Davim, R. M. B, Bezerra, L. G. M (2002). Assitência à parturiente por enfermeiras obstetras no Projeto Midwifery: um relato de experiência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (5), 727-732.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 105 – 123.
- Dunkel-Schetter, C., & LobeL, M.(1998).Pregnancy and childbirth. In E. A. Blechman & K.D. Brownell (Eds). *Behaviioral medicine and women: A comprehensive handbook* (pp.-475-482). New York: Guilford Press.
- Fortin, M. M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Editora Lusociência.
- Fortin, M.-F.(1999). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e Científicas, Lda.

- Franco, J. (2000). Da formação à prática: contributos para uma reflexão dos papéis. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 2, 6-7.
- Franco, J. J. de S. (1998). Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Revista Sinais Vitais*, 17, 37.
- Freitas, F., et al. (1998). Rotinas em Obstetrícia (3ª Edição). Porto Alegre: Editora Artes Médicas, Sul Ltda.
- Gall, M., Borg, W., & Gall. J. (2003). *Educational Research. An Introduction*. United States of America: Longman Pub.
- Gennep, A. V. (1978). *Os Ritos de Passagem*. Petropólis: Editora Vozes.
- Graça, L. M. (2000). *Medicina Materno Fetal 1 e 2* (2ª Edição). Coimbra: Lidel.
- Helman, G. C. (1994). *Cultura, saúde e doença* (2ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hicks, C. (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos – Conceção de Projectos de Aplicação e Análise*. Loures: Lusociência.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hughes, R., Anderson, J., Barry, C., Benton, M., Elliott J., Khazaezadeh, N. et al. (2008). *Antenatal Care - Routine Care for the Healthy Pregnant Woman* (2ª ed.). London: NCC-WCH Editor.
- Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12 (4), 419 - 428.
- Jensen, B. B. (2000). Participation, commitment and knowledge as components of pupil's action competence. In B. B. Jensen, K. Schnack & V. Simovska (Eds.). *Critical Environmental and Health Education. Research Issues and Challenges* (pp. 219 – 237). Copenhagen: Research Centre for Environmental and Health Education. The Danish University of Education.
- Jimenez, S.L. (1983). *Application of the body's natural pain relief mechanisms to reduce discomfort in labor and delivery. Naacog. Update series lessoni* (1 volume).

- Karmel, M. (2005). *Thank you, Dr. Lamaze*. London: Effra Parade.
- Kim, H. H., Nava-Ocampo, A. A., Kim, S. K., Kim, S. H., Kim, Y. J., Han, J. Y., Ahn, H. K., Ryu, H. M., Yang, J. H., & Kim, M. Y. (2008). Is prenatal childbirth preparation effective in decreasing adverse maternal and neonatal response to labor? A nested case-control study. *Acta Biomed.*, s.p.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença,
- Kitzinger, S. (1996). *Mães, um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta
- Macfarlane, A. (1992). *A Psicologia do nascimento* (1ª ed). Lisboa: Edições Salamandra.
- Machado, M. H. (2000). Assistência pré-natal. In L. M. Graça, *Medicina materno fetal 1* (2ª ed.). (pp. 145-158). Lisboa: LIDEL.
- Martins, A. et al. (2006). Vivências do Pai na Sala de Partos: Perspectiva do Acompanhante. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, (7), 43-47.
- McMillan, J., & Schumacher, S. (1997). *Research In Education. A Conceptual Introduction* (Fourth Edition). United States of America: Allyn & Bacon.
- Mendes, M. L. (1993). *Curso de obstetrícia* (1ª edição). Coimbra: Livraria Almedina.
- Moreira, S. C. V. (2009). Educar para a saúde na gravidez: *(Re)Educação de grávidas para a prevenção da dor lombar* (tese de mestrado não publicada). Braga: Universidade do Minho.
- Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século.
- Ordem dos enfermeiros (1999). O exercício da enfermagem: a autonomia em saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2000). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 10 (Outubro), 49-56.
- Organização Mundial da Saúde (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma-Ata*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (1986). *Carta de Ottawa*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Osis, M. J. D., Pádua, K. S., Duarte, G. A., Souza, T. R., & Faúndes, A. (2001). The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 560 – 566.
- Pereira, M.C. (2005). *Curso de Preparação Psicoprofilática* (manual não publicado). Porto: Centro de Preparação Psicoprofilático do Porto.
- Portugal. Decreto-lei n.º 142/99. Diário da República Iª Série-A. n.º 203 (31-08-1999), (pp.5996-6005).
- Portugal. Decreto-Lei n.º 194/96 de 16 de Outubro - Educação para a saúde na gravidez
- Portugal. Decreto-Lei n.º 322/87, de 28 de Agosto (1987). *Transpõe para o direito interno a directiva do Conselho das Comunidades sobre matéria de liberdade de estabelecimento e de prestação de serviços em Portugal por nacionais dos outros Estados membros relativa à actividade dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Directiva n.º. 80/155/CEE, de 21 de Janeiro de 1980). “D.R.” – I Série, n.º. 197/87 (1987-08-28), p. 3332
- Portugal. Lei n.º 14/85. *Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto*. “Diário da República” I Série, n.º 153 (6 de Julho de 1985), p.1874.
- Portugal. Lei n.º 4/84. *Protecção da maternidade e da paternidade*. “Diário da República” I Série, n.º 81 (5 de Abril de 1984), p.1149.
- Portugal. Ministério da Saúde Direção Geral da Saúde (2006). *Prestação de cuidados pré-concepcionais*. Circular Normativa n.º 02/DSMIA. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Portugal. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2008). *Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. Orientações técnicas 9: saúde reprodutiva: planeamento familiar* (2ª ed. Revista). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (1993). *Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. Orientações técnicas 2: vigilância pré-natal e revisão do puerpério* (2ª ed. Revista). Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª Edição). Lisboa: Editora Gradiva.
- Relvas, P. (1996). *O ciclo vital da família*. Lisboa: Ed. Afrontamento.
- Rezende, J. (1991). *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Rochetta, T. (1992). Parto sem dor. *Revista Pais e Filhos*, Nov., 50-53.
- Sardo, D. & Sousa, P. (1999). Autonomia e Responsabilidade. *Revista APEO*, 2, 8-9.
- Simovska V., & Jensen, B. B. (2003). *Young-minds.net/lessons learnt: Student participation, action and cross-cultural collaboration in a virtual classroom*. Copenhagen: Danish University of Education Press.
- Soares, M. C. (1994). *Preparação para o parto pelo método psicoprofilático*. Porto. Editora???
- The International Confederation of Midwives' study of essential competencies of midwifery practice (2002), acedido a 3/04/2011 em www.internationalmidwives.org
- Tomeleri kr, et al. & Marcon SS. (2007). Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. *Ver Gaúcha Enfermagem*, 28 (4): 497-504.
- União Europeia. Concelho da Europa (1980). Diretiva do concelho 80/155/CEE, de 21 de Janeiro de 1980. *Jornal oficial das comunidades europeias*. Bruxelas (Fev.1980), 95-97.
- Velho, C. (2000). Preparação e recuperação do parto: centro nasce em Lisboa. *Revista Mamãs e Bebés*, 1, 19-21.
- Vieira, C. (1996). *Registos e cuidados de Enfermagem à grávida*. Porto: [s.n].Tese de Mestrado apresentada à universidade do Porto.

- Vilaça, M. T. (2006). *Acção e competência de acção em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário*. Dissertação de Doutoramento (não publicada), Universidade do Minho.
- Vilaça, T. (2007). Eficácia do paradigma democrático de educação para a saúde no desenvolvimento da acção e competência de acção dos adolescentes em educação sexual. In Barca, A., Peralbo, M., Porto, A., Duarte da Silva, B. e Almeida, L. (eds.). *Libro de Actas IX Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía* (pp. 971-982). Coruña: Universidade da Coruña.
- Vilaça, T. (2008). Development Dynamics of Action-Oriented Learning on Health Education. In M. Mario, I. Jelinek, F. Ferreira (coord.). *Proceedings of the International Association For The Scientific Knowledge International Conference: Teaching and Learning 2008* (pp. 74-83). Aveiro: University of Aveiro.
- Vilaça, T. (2009). Action-Oriented Health Education: A Didactic Approach in the Development of Intercultural Competencies while Encouraging Youthful Dialogue Between Cultures, In Libotton, A & Engels, N. (Eds.), *Teacher Education, Facing the Intercultural Dialogue. Proceedings of the 33rd Annual Conference of the Association for Teacher Education in Europe. Brussels, 23-27 August 2008* (pp.313-324). Brussels: University of Brussels.
- Vilaça, T. & Jensen, B. B. (2009). Potentials of Action-Oriented Sex Education Projects in the Development of Action Competence. In G. Buijs; A. Jociutė; P. Paulus; V. Simovska (Eds.). *Better Schools Through Health: Learning from Practice. Case studies of practice presented during the third European Conference on Health Promoting Schools, held in Vilnius, Lithuania, 15–17 June 2009* (pp.89-91). Vilnius, Lithuania: Netherlands Institute for Health Promotion NIGZ, State Environmental Health Centre of Lithuania.
- World Health Organization (2000). *Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe*, Munich, Germany: World Health Organization
- Ziegel, E. & Cranley, M. (1986). *Enfermagem obstétrica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

PROTOCOLO DA ENTREVISTA

PROTOCOLO DA ENTREVISTA (EM FASE DE VALIDAÇÃO)

PERCEPÇÕES DAS PUÉRPERAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO E AS AULAS DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO PELO MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO

I – Caracterização da amostra

Fase inicial (pôr à-vontade): Com estas primeiras questões, gostava de obter algumas informações para caracterizar as pessoas que vou entrevistar.

1. Qual é a sua profissão? Quais são as suas habilitações literárias?
2. Qual é o seu estado civil? Como é constituído o seu agregado familiar?
3. Que idade tem? E altura? Qual era o seu peso antes de engravidar? E no fim da gravidez?
4. Este parto foi o seu primeiro filho?
5. Com quantas semanas de gestação iniciou as aulas de preparação para o parto?
6. Quantas aulas frequentou durante o curso de preparação para o parto? Quantas aulas fazia por semana?

II - Trabalho de parto e parto

As perguntas que irei fazer nesta parte da entrevista são para ficar a conhecer o que fez, sentiu e pensou durante o trabalho de parto e parto.

1. Em relação ao trabalho de parto:

- 1.1. Como se apercebeu que estava a entrar em trabalho de parto?
- 1.2. O que fez quando isso aconteceu? Como se sentiu?
- 1.3. O que aconteceu durante o trabalho de parto?
- 1.4. Houve, ou não, alguns aspectos que dificultaram o seu trabalho de parto? (Se sim) Quais? E que o facilitaram? (Se sim) Quais?
- 1.5. O que aprendeu nas aulas de preparação para o parto foi-lhe útil, ou não, nesse momento? Porquê?

2. Em relação ao nascimento:

- 2.1. Como foi o nascimento do seu bebé? Foi um parto como tinha planeado?
- 2.2. Teve uma participação ativa durante o trabalho de parto e parto? O que fez?
- 2.3. Utilizou o que aprendeu nas aulas de preparação para o parto? Que conhecimentos utilizou?
- 2.4. Teve dúvidas ao aplicar esses conhecimentos? (Se sim) Que dúvidas teve? Em que momentos as sentiu?
- 2.5. Durante o trabalho de parto e parto, os profissionais de saúde comportaram-se, ou não, de acordo com as suas expectativas? Conte-me, por favor, essas situações.
- 2.6. Que ajuda(s) lhe deram esses profissionais durante o trabalho de parto e parto?

III- Aulas de preparação para o parto

Vamos agora conversar sobre as aulas de preparação para o parto.

- 1.** Relativamente à forma como fez a sua preparação durante as aulas:
 - 1.1. O que aprendeu durante essas aulas? (Como aprendeu a fazer a respiração? Quantos tipos de respiração aprendeu? Em que se diferenciavam? Como fez a técnica de relaxamento durante o curso? Como se sentiu durante essa aprendizagem?)
 - 1.2. Durante as aulas, quais foram as dúvidas que esclareceu relativamente ao trabalho de parto e parto? Ficou com algumas dúvidas por esclarecer? Se sim, quais?
 - 1.3. Em sua opinião, durante as aulas aprendeu, ou não, a conhecer melhor o seu corpo? Se sim, o quê?
 - 1.4. Durante a preparação, que posições treinou para o trabalho de parto? Como as ensinaria a outra mulher grávida?

- 2.** Relativamente à organização das aulas e ao profissional que deu essas aulas:
 - 2.1. Por quem foram dadas as aulas de preparação para o parto?
 - 2.2. O que gostou mais nesse profissional (características pessoais e profissionais)? E menos?
 - 2.3. O que pensa do local onde decorreram as aulas?
 - 2.4. O horário das aulas era o mais adequado? Porquê?

- 3.** Para terminar, relativamente à sua opinião sobre o curso de preparação para o parto:
 - 3.1. O que gostou mais na forma como foram ministradas as aulas? Porquê? O que gostou menos? Porquê?
 - 3.2. Que utilidade teve o que aprendeu no trabalho de parto e no parto? Porquê? (técnicas de respiração, técnicas de relaxamento, treino de posições para o trabalho de parto)
 - 3.3. Durante as aulas, teve algumas dificuldades na aprendizagem? (Se sim) Conte-me, por favor, as situações em que teve dificuldade.
 - 3.4. No final do curso, sentia-se preparada para o trabalho de parto e o parto? Por que diz isso?
 - 3.5. O número de aulas que frequentou foi suficiente? Porquê?
 - 3.6. Como avalia, globalmente, o curso de preparação para o parto que frequentou? Porquê?
 - 3.7. Se fosse possível fazer aulas ideais de preparação para o parto, como seriam essas aulas?
 - 3.8. Se tiver mais alguma gravidez, voltará a frequentar aulas de preparação para o parto? Porquê?
 - 3.9. Aconselhará, ou não, as aulas de preparação para o parto às suas amigas? Porquê?

APÊNDICE 2

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de administração da
Unidade Local de Saúde

Maria Beatriz Veloso Esteves, licenciada em Enfermagem, residente na Rua do Futuro, nº71 4900 – 760 Viana do Castelo, Telemóvel 934106062, e-mail: beata1@sapo.pt, ao abrigo do disposto na Lei nº46/2007, de 24 de Agosto, na qualidade de aluna do Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Educação para a Saúde, pretende realizar o trabalho de investigação: “**(Re) Educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária: um estudo com puérperas sobre os efeitos da preparação pelo método psicoprofilático**”, no âmbito da dissertação de Mestrado em curso no Departamento de Estudos Integrados de Literacia, Didática e Supervisão, na Universidade do Minho, sob a orientação da Doutora Maria Teresa Machado Vilaça, Professora Auxiliar do Instituto de Educação da referida Universidade.

Este estudo tem como principal objectivo analisar os efeitos da preparação para o trabalho de parto e parto pelo método psicoprofilático, procurando perceber junto das mulheres a sua percepção sobre a importância da preparação para o parto por este método e de que forma estas são capazes de reconhecer e aplicar este domínio do conhecimento e da linguagem em todo o desenrolar e terminus da gravidez. Pretende-se recorrer a uma metodologia do tipo qualitativo, descritivo, com recurso à entrevista semiestruturada, como instrumento de recolha de dados, a aplicar numa amostra de 12 puérperas internadas nesta Unidade Local de Saúde do Alto Minho, com idades compreendidas entre os 18 e 35 anos, que assistiram no mínimo a 16 aulas de preparação para o parto, que tiveram parto eutócico e se encontram nos primeiros três dias de puerpério.

Será solicitado às utentes que desejem participar no estudo para assinarem uma declaração de consentimento informado, onde se explicará a colaboração que lhes será pedida e onde lhes será garantido o seu anonimato e confidencialidade. Assim, requer-se por este meio a V. Excelência que se digne autorizar a realização deste estudo científico na Instituição que preside.

Declaro sob o compromisso de honra, que não tornarei públicos dados que permitam a identificação dos titulares, que me disponibilizo a fornecer previamente ao deferimento, todos os esclarecimentos solicitados pelo responsável pelo acesso à informação e que apenas iniciarei a investigação após ter conhecimento formal desse deferimento.

Anexo os seguintes documentos:
Resumo/projecto de investigação;
Protocolo da entrevista a usar (em fase de validação);
Modelo de consentimento utilizado;
Parecer do Orientador científico.

Pede deferimento,
Viana do castelo, 18 de Janeiro de 2011

(Maria Beatriz Veloso Esteves Araújo Correia)

APÊNDICE 3

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

**(RE) EDUCAR PARA A SAÚDE NO TRABALHO DE PARTO E PARTO COMO UMA CONDIÇÃO
TEMPORÁRIA: UM ESTUDO COM PUÉRPERAS SOBRE OS EFEITOS DA PREPARAÇÃO PELO
MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

O projecto de investigação “**(Re) Educar para a saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária**”, realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, na Área de Especialização de Educação para a Saúde, em curso no Departamento de Estudos Integrados de Literacia, Didáctica e Supervisão, na Universidade do Minho, visa analisar os efeitos da preparação para o trabalho de parto e parto pelo método psicoprofiláctico, procurando perceber junto das mulheres a sua percepção sobre a importância da preparação por este método para o trabalho de parto e parto e de que forma estas são capazes de reconhecer e aplicar este domínio do conhecimento e da linguagem em todo o desenrolar e terminus da gravidez.

Neste sentido, pedimos a sua colaboração para participar no estudo. O seu contributo é importante porque nos permite obter mais informações para que no futuro os serviços de saúde possam responder melhor às suas necessidades.

No caso de decidir participar agradecemos, desde já, a sua colaboração e pedimos-lhe que assine esta declaração:

1. Declaro que me foi explicado o que era o estudo e retirei todas as dúvidas que me surgiram sobre ele, sobre a minha participação na entrevista e sobre a forma como os dados da entrevista irão ser recolhidos e tratados. Fiquei consciente que a informação recolhida é **estritamente confidencial** e será apenas utilizada para **fins de investigação**.
2. Declaro ainda que a minha participação é voluntária e que me foi garantido que a minha decisão de participar, ou não, não afectará as relações que tenho com os profissionais deste Serviço. Também sei que em qualquer momento posso anular o consentimento agora prestado.

Eu, _____ tomei
conhecimento do estudo acima descrito e aceito participar no mesmo.

Viana do Castelo, _____ de _____ de 2011

(Assinatura)

ANEXO

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO de ÉTICA

AUTORIZADO
Franklim Ramo
Presidente do
Conselho de Administração

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C. A. o pedido de parecer, de um trabalho de investigação da investigadora, **Maria Beatriz Velos Esteves Araújo Correia**, aluna do Mestrado em Educação, Especialização em Educação para a Saúde e cujo tema é: **"(Re) Educação da saúde no trabalho de parto e parto como uma condição temporária: um estudo em puérperas sobre os efeitos da preparação pelo método psicoprofilático"**, no âmbito da dissertação de Mestrado em curso no Departamento de Estudos Integrados de Literacia e Supervisão, na Universidade do Minho. Por se encontrar completo, foi pela Comissão de parecer positivo à realização do referido estudo.

A Comissão de Ética reunida em 09 de Fevereiro de 2011

O Presidente da C. E.

.....
(Dr. Pedro Meireles)